变态心理学

罗伯特·G·迈耶
保罗·萨门
合著

丁煌　李吉全　武宏志　译

辽宁人民出版社
1988年·沈阳

Abnormal Psychology

Robert G. Meyer

Paul Salmon

Allyn and Bacon Inc

本书根据美国阿林——培根出版公司1984年版译出

变 态 心 理 学

Biantai Xinlixue

丁 煌
李吉全 译
武宏志

辽宁人民出版社出版　辽宁省新华书店发行
(沈阳市南京街6段1里2号)　沈阳市第二印刷厂印刷

字数: 330,000　开本850×1168　印张 20　插页: 2
印数: 1—[illegible],310
1988年7月第1版　1988年7月第1次印刷

责任编辑: 常 晶　责任校对: 姚喜荣 许光云 张富娟
封面设计: 张德喜

ISBN 77-205-00411-X/B·57

定价: 5.65元

译者的话

本书是美国心理学家罗伯特·G·迈耶与保罗·萨门合著的一部变态心理学教材。全书结构完整，材料丰富，条理清楚，通俗易懂。本书的最大特点是注重实用，它不仅可以作为大专院校心理学、教育学、社会学以及法学等专业的教学参考书，而且还可供其他社会工作者、青年学生、教育工作者、家长以及其他对变态心理学感兴趣的读者阅读参考。

本书不可避免地反映了西方变态心理学的思想观点，译者相信广大读者能够予以正确的分析和认识。由于本书篇幅较大，译者在保证本书结构的完整性的前提下，对其中的部分不重要的内容作了删节。

在本书的翻译中，译者得到了河南信阳师范学院外语系张卫星同志的大力支持，并蒙辽宁人民出版社欣然接受出版，译者表示衷心的感谢。

由于本书涉及面较宽，加之译者水平有限，译文中难免有不妥和错误之处，谨希望读者批评指正。

本书第一、二、三、四、五、六、七、八、十一、十二及十七章由丁煌译；第九、十四、十五、十六及十八章由李吉全译；第十和十三章由武宏志译，全书译稿由丁煌统校。

1987年7月于沈阳

前言

变态心理学领域正经历着一系列惹人注目的变化。最近，人们对诊断变态行为和对变态行为进行分类的系统在很大程度上进行了修改；无论是研究工作还是实际部门，都正在广泛地发展其分支，不仅包括对成年人障碍的研究，而且也包括对儿童和老年人障碍的研究；通过观察除我们自己文化之外的文化诊断和治疗心理障碍的方式，我们正在使我们的心理治疗观点变得更加全面；我们的许多诊断同行也不再是依靠某一种个别的治疗方式，而是正在更加广泛地接受一系列治疗选择；随着神经心理学家向精神障碍生理基础研究的新边缘的接近，生物学的发展正在加宽我们对障碍病原的视野。

这种正在变化的局面十分令人兴奋，因为它是一个能动发展的时期。对于我们许多人来说，这种令人兴奋的局面使变态心理学眺望到了一种教学的欢乐；当教员为他们所讲授的课题兴奋的时候，学生的反应通常也是很热情的。然而当我们试图捕捉住课本中的这种令人兴奋的场面时，我们就要面临着这样一种挑战，即把变态心理学中的新方法同我们长期以来试图传授给学生的传统内容结合起来。

许多课本在接触这门课程的实际中心——对变态行为形式本身的研究之前花了过多的时间去谈论介绍材料。在本书中，我们增加了实际障碍的内容，而相应地减少了谈论介绍

性话题的篇幅。我们把背景材料限制在前四章中间；第一章提供了一些介绍性的概念和历史的透视；第二章提出了对一些变态行为理论的总的看法；第三章讨论了对心理障碍的评价与诊断；第四章广泛地考察了各种对于治疗者可行的治疗方法。

接着的几章讨论了某些诸如顺应障碍、焦虑障碍、病态性恐惧障碍以及体型障碍这样的常见的心理障碍。这些障碍严重地破坏了一个人的社会生活。然而，改变这些行为形式的强度、持续时间和困难通常并不象那些改变第八、九章所研究的精神分裂型障碍，类偏执狂型障碍以及情感障碍那样高，那样长，那样大。伴随着情感障碍，第十章讨论了自杀。第十一、十二及十三章集中讨论了含有违犯法律标准或社会标准的失调行为，例如：象性变异、滥用酒毒形式以及冲动障碍和暴力。

第十四章是关于神经心理学的，该章远远超出了许多课本中按目录对有机大脑障碍的简单分类，而着重强调了行为形式与中枢神经系统损伤的各种综合症之间的动力关系。第十五章讨论了智力落后，而第十六章的主题是儿童心理障碍。第十七章和第十八章通过考察青春期、成年期和老年期的障碍用一种扩大的观点结束本书。

变态心理学研究中的一种最新而且很重要的革新就是《心理障碍诊断和统计手册》第三版的出版，现在通常称作DSM-Ⅲ。虽然许多变态心理学课本都承认并讨论了DSM-Ⅲ，但是我们还是把它收进了本书之中。尽管肯定存在着某些对DSM-Ⅲ的正确批评，但是它却是心理障碍领域内

唯一公认的综合分类系统，因此它为本书提供了一个合乎逻辑的组织框架。

现代变态心理学的另一个重要发展是越来越强调变态行为的跨文化方面。我们的内容范围包括治疗或对障碍的社会反应的各种出现率，症状和表现形式及其类型，因为它们在各种文化中都被发现。虽然跨文化研究的结果始终散布在叙述的课文中，但是我们还是在带有花边文字的插页中着重阐述了一些特别有意义的跨文化题目。

本书的另一种中心力量在于它强调了治疗心理障碍中所用方法的多样性。多数课本都是把治疗一章放在书的末尾。在第四章中我们开始提出了有关治疗的总看法，然后我们接着继续详细讨论了与每章的具体障碍有关的最重要的治疗方法。在那种意义上，尽管我们常常运用社会学习理论的术语，但本书的定向却是折衷的。因为社会学习理论收编了其他多数主题方法的主要概念和见识。

虽然自始至终从本书中都可以看到一种折衷主义的精神，但是这种精神主要出现在强调一种多样式治疗方法的过程中。这种多样式的方法认为任何一种单一的治疗方法都很少会对患有心理障碍的人产生一种充分的反应。这些种种障碍的一个共同的成分就是复杂性，因此治疗反应中的复杂性也同样是必需的，而且自始至终都强调了这一点。

现代心理学理论已经着重强调了障碍的发展方面，因为它们可能是对各种不同的生命期的共同要求和压力的一种反应。多数课本都讨论了儿童期的障碍，有些还包括尤其与成年期或老年期有关的障碍。只有少数课本讨论了有关所有这

三个发展时期的障碍，而且很少有象本书这样包括有关成年期和老年期挑战的障碍的课本。

本书的一些版式特写一直被用来增强学生的兴趣和加强学生对材料的理解。在每章的开头有一小段论题概要，在每章的结尾都附有一个要点概要表和一个推荐读物一览表。本书后面的术语汇编为加强学生对新术语的了解提供了一个易懂的参考。

本书使用了三种花边文字。专题研究有助于学生对超出本书的变态心理学研究方法的理解；待考察的问题集中于对变态心理学十分重要的一些法律和社会问题，例如：罪犯审判中的精神病抗辩，跨文化变态花边文字描述了许多在各种不同的文化背景诊断和治疗障碍的不同方法。我们还使用了丰富的来自大众文化的图解，以增强学生对我们文化中诸如文学、流行歌曲和电影这类的各种不同的艺术形式治疗变态行为的方式的认识。

目　　录

第一章　历史的透视

第一节　我们古代的遗产

一、　希　腊

在古希腊的神话和戏剧中有许多变态心理学的描写。希腊神话如同其戏剧表演和史诗所阐述的那样，它是关于人类状况的丰富的知识源泉。例如，弗洛伊德著名的恋母情结（俄狄浦斯情结）的概念就起源于索福克勒斯的戏剧《俄狄浦斯·雷克斯》中的活动描写。第二章和第四章将讨论这个概念和弗洛伊德的其他概念。希腊剧作家欧里庇得斯(480—406B·C）也描写了人类情绪的复杂性。在他的《美狄亚》中，一位母亲的愤怒和妒忌由于有时是所有父母亲情绪生活的一个部分而致使她杀死了自己的孩子。在一个关于海格立斯的戏剧中，欧里庇得斯详细地描述了主角阵阵狂乱的行为，其特征是失去知觉，口冒白沫，而且有时失去运动控制。在这些情节中，海格立斯至少杀了6个人，包括他最好的朋友和他的两个孩子，另外他还杀了一群羊。他可能正患有精神运动性癫痫，一种十分罕见的癫痫，它有时与杀人狂相联系。(在我们自己的时代，杀害肯尼迪总统的行刺者李哈维·奥斯瓦德的人——杰克·鲁比的辩护律师不成功地辩护说

鲁比是在遭受精神运动癫痫发作时才杀死奥斯瓦德的。）

由于流行着一种认为心理障碍是上帝的惩罚的信念，所以，在希腊，那些被认为是有心理障碍的人们主要是由牧师照管，他们同时还充当着医生、政治家以及神鬼之事的主要角色。治疗一般都是一种人际间的热情支持、宽慰话、药草、祈祷以及宗教仪式的结合。反抗的患者受到更加粗糙的治疗。从这种环境中出现了一个始终都是最有影响的医生——希波克拉底。

希波克拉底与理性主义的兴起

希波克拉底（460—377B·C）是第一个把驱除妖魔作为一种控制越轨行为方法受训练的希腊牧师。他的主要贡献之一是通过把心理障碍归因于自然原因而向关于心理障碍的流行看法提出了挑战。然而，希波克拉底始终犯了一个今天仍然常见的错误，即把相互关系同因果关系混淆了。相互关系是指一些事件在同一时间或同一地点的出现；而因果关系则是指事件之间存在着一种因果关系。例如，希波克拉底提出懒惰或慢吞吞的气质是粘液过剩的结果。实际上，患有产生粘液的病毒性障碍和细菌障碍的人常常在行为上是暂时的缓慢，而人们总是被吸引去将一种长期的人性品质的原因归之于只是一种有限时间的相互关系。但是至少希波克拉底的理论还是可试验的。我们更难识别早期希腊宣扬由无形的神所施加的心理障碍。

希波克拉底对大脑的集中研究也对西方对待心理障碍的态度产生了重大影响。那时，之所以简单的癫痫被称为“神圣的疾病”，是因为人们相信它是神的所有权的结果。希波

克拉底说："如果你砍开你的头，你就会发现大脑是湿的，而且充满了湿气并且十分难闻。那样你就发现损害身体的不是神，而是疾病。"而且，他由错误的原因得出了正确的结论。癫痫确实是一种脑障碍，但是根本没有任何迹象表明在癫痫者的大脑中存在有显著而实质的损伤，而且他们的大脑并不湿。此外，任何砍开的大脑都可能散发气味。大脑的研究仍然是难以理解和推测性的（见第十四章）。

希波克拉底在他时代的前边率先强调了环境压力和社会压力对于人类活动的重要性（至于有关心理学家对压力的流行兴趣的讨论，见第五章）。最后，希波克拉底也十分重视分类学，它是对现象的准确观察与分类，是任何科学发展的一个必要阶段。分类在变态心理学领域内仍然是一个重要的任务（有关该论题的详细讨论，见第三章）。

二、罗马帝国

罗马人虽然在戏剧和哲学方面仿效希腊人，但是在军事组织、法律、工程学和医学方面却超过了希腊人。罗马人是首先为老百姓建医院的欧洲人。较好的医院以撤平的大理石厕所和奢华的排水管系统为特色。外科程序也得到了很大的发展。据说剖腹产术在儒略·恺撒出生的时候就已经被施行了。在罗马的非宗教类医生中间，最著名的就是公元二世纪时的盖仑。他来自佩尔加穆，那里既是一个著名医学院的遗址，又是阿斯勒克庇俄斯圣陵的遗址。盖仑给马库斯·奥里利厄斯皇帝当私人医生并且编辑一部巨大的非常易读的医学知识百科全书，他声称该书是他在梦中作为意想不到的东西

而从阿斯克勒庇俄斯那儿得到的。

跨文化变态：梦疗法

多数人都有过使用梦中治疗的经历。人们常常谈论在梦中解决问题和取得惊人的进展。西格蒙德·弗洛伊德把梦看成是安全阀：在梦中表现出变态的人在清醒状态中就不可能表现出变态性。一些最早被证明其疗法的使用可追溯到古希腊人和罗马人，他们为治愈之神阿斯勒克庇俄斯建造神殿。当患者不能被希腊和罗马的非宗教医生治愈时，他们就旅行到这些神殿寻求精神治疗。阿斯勒克庇俄斯式牧师对于非宗教医学来说是一种公认的选择对象。牧师首先指示患者洗澡并向阿斯勒克庇俄斯献祭，然后把他们带到一间特殊的房子里，他们被留下来睡觉。在夜晚，阿斯勒克庇俄斯来到梦中的患者身旁，或者治愈他们，或者指示一种疗法。通常这种疗法同非宗教医生指示的恰恰相反。正在发抖的患者被指示去冷水浴；卧床不起的患者被指示去长时间地走动或长跑。有一个报道讲述了一个哑巴男孩为了重新获得声音同他父亲一起来到神殿。在洗澡之前，一个侍者要求这个父亲如果阿斯勒克庇俄斯治愈了这个孩子那么他要奉供祭品。那个男孩突然大声喊到："我答应！"于是他被治愈了。

梦疗法在其他时期和其他文化中也一直是很有影响的。（北美）易洛魁族印第安人试图完全实践他们的梦。如果性活动在梦中被规定了，那么即使那是"越轨的"性活动，易洛魁人也要很快去得到满足（见第十一章）。有些指示还导致他们自我残废。一个印第安人在梦见他的敌人正在作战中截他的手肢之后，就用海贝壳把自己的手肢砍掉了。今天，有些穆斯林患者仍然到受尊敬的穆斯林先知们的坟墓去进行长时期的朝圣并且睡在那里，希望在他们的梦中得到一种治愈的指示。

第二节 中 世 纪

罗马仿效了希腊文明的最好方面，将它们同自己的文化融为一体，并且把这种文化散布在整个地中海盆地。然而，最终帝国在其自身的重压之下崩溃了。历史学家通常把公元476年野蛮人部落洗劫罗马作为中世纪——一个持续1000年的时期的开端来加以引证。

一、中世纪早期：500—1050

在中世纪时期的开始，有时称作欧洲中世纪的开始，日尔曼部落渗入了罗马帝国。有些部落作为敌对团伙突围了；有些部落则被招募为罗马雇佣兵；有些部落则在帝国内平安地定居。这些运动导致了罗马学术成就，教育、科学以及对于我们的目的最重要的医疗的崩溃。西方文明的整个面貌也发生了变化。

496年当法兰克国王克洛维斯转而成为基督教徒时，中世纪早期的最重要的政治事件发生了。他信仰的改变意味着他所有的国民也要改变信仰，不久，所有的日尔曼部落都放弃了自己异教徒的信仰而信奉基督教。然而，基督教的兴起并没有对精神病的治疗产生积极的影响。由罗马人建造的医院毁坏了。中世纪的人民倾向于从精神意义上而不是从此时此地人类的意义上来衡量进步，心理障碍者要么处于无目的地漫游状态，要么被指控为着了魔。教会把一些象抑郁症或忧郁症这样的心理障碍症状与懒惰或懒散的过错同样对待，

遭受这些折磨的人们有时被认为是着了魔。他们没有被提供任何治疗；相反他们却被驱除出社会而去结交其他象畸形者或痉挛者这样的不适应环境的人。有时他们为了找到治愈甚至被迫参加朝圣。

有时心理障碍被正确地诊断为是由于情绪压力所致。虽然疯狂被认为是可治愈的，但是，治愈有时要比疾病更糟。更侥幸者被指示休息、睡觉以及在神殿里擦油膏。那些被认为着了魔的人头上被剃成十字形记号，或者被捆在教堂里的柱子上进行治疗。

虽然很少有中世纪早期的记录保留至今，但是有些关于那时的文学作品却描述了心理障碍的治疗（赖特，1939）。在古时法国的一部浪漫文学作品中，主角伊维恩在他的“夫人”（那时代表贵夫人的名词）因他在马上比武大会度过一年后没有回到她身边而拒绝他时变疯了（在马上比武大会上他正向别人的妻子求爱）。罪恶、愤怒和抑郁征服了他，他便赤裸裸地生活在森林中，他在森林里依靠兽肉幸存下来。最后，一个夫人在森林里发现了他并把他交给了她的侍女，这个侍女通过在他的太阳穴上擦药膏把他治愈了。在另一部浪漫文学作品《阿马达斯与伊多伊尼》中，男主人公象伊维恩一样在他夫人拒绝他的爱时发疯了。当治疗失败时，阿马达斯被长期囚禁着，然后逃跑了，接着便四处游荡，最后来到了意大利的一个城镇。在那里他赤身裸体地在街上游逛，他不修边幅，头发蓬乱，十分肮脏，居民们嘲弄、取笑他。当伊多伊尼找到他重新告诉他自己的名字时，他终于被治愈了。正如在许多这样的故事中那样，证明爱情是一种疗法。

二、中世纪成熟时期：1050—1300

在中世纪愚昧时期之后，建立了我们今天所熟悉的大学。在12和13世纪期间，建造了美丽的教堂。虽然人类取得了进步，但是在当时，物质世界存在的一切事物都被认为仅仅是为高级的精神秩序所作的一种准备或者仅仅是对它的一种反映。这个时期的成就间接地对心理障碍的治疗产生了一种积极的影响。

一个原因是十字军东征。在他们到小亚细亚时，基督教骑士重新发现了一些希腊人和罗马人的课本，包括盖仑的解剖学研究。而且，尽管人们着重强调超自然物，但是医生开始成长为一个社会阶级，他们发展了对某些身体疾病和心理障碍的有效治疗。例如，他们认为癫痫是一种脑障碍。然而，尽管他们的地位很高，但是教会限制他们的活动，医生只应该提供信仰；上帝才会提供治疗。

甚至在中世纪成熟时期，也没有任何治疗精神病患者的医院，但是寺院常常执行着那种功能。如果一个贵族决意不当骑士的话，那么他通常就成为一个僧侣。许多僧侣上升到诸如国王顾问这样的重要地位。除了保持学习的传统之外，寺院还照顾那些心理障碍患者。而且那个时期的文学也提供了说明僧侣如何治疗被精神病折磨者的例证。在亚当德拉哈利的戏剧中，主角被描绘成一个相信人们正在谈论他而且各种军队都在策划谋杀他的“狂人”。他甚至不相信自己的父亲，并威胁要扼死他（至于类偏执性症状，见第九章）。他父亲带他去找一个拥有圣艾尔凯尔纪念物的僧侣，他由于治

愈了精神病患者而获得了圣徒身分。这个僧侣劝这位父亲把他儿子带回家，让他休息。以圣艾尔凯尔的名义向寺院祈祷和捐献是额外的规定。

三、中世纪晚期：1300—1500

象希腊文明和罗马文明一样，中世纪文明最终也衰败了，它让位于西方文明的一个新的时期。影响中世纪衰败的两个主要因素是英法之间的“百年战争”（1337——1453）和破坏性淋巴腺鼠疫流行病的开始，这种流行病通俗地称为黑死病。

这个时期有关心理障碍最迷人的个别描写之一就是有关法兰西国王查尔斯六世的描写，他在百年战争的一个阶段统治着法国。查尔斯虽然精神错乱，但不知怎么他却仍然能够即王位。结果法国一片混乱。在开赴他的一次军事战役的途中，当他听到吵闹的喊叫声时，他心烦意乱。他立刻抽出剑杀死了几个骑士，随后陷入了撤退和无意识的状态。尽管断断续续地还存在着类似的进攻，但是他却继续统治着。他十分惊慌地从他妻子那儿逃走并且对他家族的盾形纹章作出无礼可憎的表示。他常常连他最亲密的朋友都认不出，人们在许多场合下都发现他象一只狼似的在皇家走廊里游荡。他明显地患有严重的精神分裂症（见第八章）。在今天，如果一个人处在查尔斯国王的情况下统治着一个超级大国的话，那么人们可以想象到那将是怎样的效果。

黑死病

在14世纪就有一些关于心理障碍的最迷人的描写，那时

淋巴腺鼠疫劫掠了欧洲。这种破坏性的流行病造成了象物理作用一样严重的心理上的副作用。历史学家有时把这个时期描述为大众疯狂的时期。

由于淋巴腺鼠疫起源于中亚，由来自那些曾去过亚洲岸口的轮船的蚤和鼠所传播，所以它洗雪了欧洲的一半人口。从1347年到14世纪末，近两千万人成为这种疾病的受害者，这种疾病在当时称为“高死亡率”。这种瘟疫由于受害者身体上出现卵细胞大小的黑肿块腹股沟腺炎而派生出它的名称。腹股沟腺炎渗血渗脓，五天左右它们就遍及身体内外。当身体散发出一种恶臭味时受害者在一周之内就会死掉。这种疾病传染很快以致于它常常洗雪寺院和监狱的全部人口。

这种疾病之所以特别可怕是因为人们不知道它是由什么造成和传播的，因此人们没有任何治疗办法。当时它被看成是由上帝对邪恶生活的一种惩罚。人们死亡得非常快（在巴黎一天死800人），以致于棺材堆得一层又一层。当街道清洁工死了时，由于无人移动尸体，尸体躺在街道上腐烂了。在今天只有全力的原子战争才有可能具有类似的物理作用和心理作用。

由这种瘟疫导致的大众疯狂具有不同的形式。自行鞭笞运动和手舞足蹈的躁狂症现象就是其中的两种。**自行鞭笞运动**。由于这种瘟疫被解释为心灵的惩罚，所以，中世纪的人们便开始惩罚自己。自行鞭笞运动引起人们的紧张心理和内疚，它还消除紧张心理和内疚。自行鞭笞以赎罪的宗教信仰者是这样一些人，他们四处游荡，用皮鞭和铁钉鞋抽打自己。虽然这伙人来自社会的各个方面，但是他们特别吸引精

神病患者，因为精神病患者已经倾向于无目的地游逛。每一个团伙包含有50到500人，而且每一个团伙有一个为所有成员所效忠的主人。他们每次走33天半，而且遵守严格的规则，他们禁止互相讲话或对妇女讲话，如果他们说了，那么他就要受到主人的鞭打。当他们到达一个城镇时，他们就在教堂前围成一圈，赤着膊。然后，每个成员逐个张开两臂以一个十字架的形式脸朝下趴在地上。有些人以象征着自己的罪恶姿势躺着，其他成员于是就用自己的鞭子抽打他们。鲜血有时都流到了教堂的墙边，有时鞭子都打到肉里面，不得不再抽出来。如果一个妇女要走进这个圆圈，这种鞭打就表明无效，还必须重新再开始。由英格马·伯格曼导演的一部优秀影片《第七个黑人》，就有一个鞭打的场面，而且全面地记述了中世纪晚期欧洲的民众对这种瘟疫的恐怖心理。

自行鞭笞运动遍及整个欧洲。在它所卷入的人数上可比得上十字军东征。

手舞足蹈的躁狂症。一个类似的运动就是手舞足蹈的躁狂症。参加的人们相信自己被恶魔所占有。象那些自行鞭笞的宗教信仰者一样，这些手舞足蹈的狂躁者成群地四处游历。这些人常常围成一个大圈子，一舞蹈就是几个小时而且尖声谩骂那些他们认为正在拷打他们的恶魔，然后他们便疯狂地倒在地上。牧师试图通过驱魔术使他们摆脱恶魔。这种驱魔术之后常常是一阵性狂欢。似乎社会所有的人都发疯了。历史学家巴巴拉·塔奇曼认为（1978），欧洲的黑死病标志着中世纪时代结束和近代的开始。这种瘟疫的幸存者否认它是上帝的行为。他们不是顺从地等待一种永恒的生活而是在

为改善自己在人间的生活而奋斗着。随着两个文明进入一个新的时代，对心理障碍的治疗也进入了一个新的时代。

第三节　近代早期

一、文艺复兴时期：1500—1650

复兴这个词意思是指再生，欧洲的文艺复兴被认为是近代的开端。在象意大利城邦那样的一些地方，思想家们忽略了中世纪的过去而是回过头把希腊和罗马的文明视为典范。文艺复兴时期的思想家们强调的正是这段生命期，而不是近世的个人成就。人人都被鼓舞长成为更加完善的人——艺术家、政治家、勇士、学者——即一个"复兴的人"。自然，文艺复兴时期对心理障碍的治疗也得到了发展。文艺复兴时期的思想家们对于人们对魔鬼的信仰和人们因巫术所受的迫害大为吃惊，他们指出这种异常行为具有自然原因。

一位受人尊敬的医生和文学家约翰·韦尔（1515——1588）就是一位这样的思想家，他对自己所目睹的这些驱魔技术十分震惊。1563年韦尔出版了一本书，该书断言多数被当作巫婆烧死的人只不过是精神上或身体上有病而已。尽管有些教堂的权威人士斥责他，但是当代一些有影响神学家和作家对他的作品留下了深刻的印象。圣文森特·德保罗（1576——1660）虽然存在严重的对立，但是还是鼓吹类似的观点。在英国，雷金纳德·斯科特（1538——1599）几乎在同时写了一本理由充足，很有影响的书《巫术的发现》，该

书虽然简单地但是却科学地解释了这些事件。对魔鬼的信仰和有关变态性的超自然干预理论逐渐屈服于一种以观察实验和智慧为基础的科学。

精神病院

随着不断变化的观点，对精神病患者的照顾也从寺院转到精神病院，从牧师转到医生。精神病院起初是一些脱离世间的寂静收容所，它们表现出寺院的模型，治疗只不过是适当的食宿，再加上一份儿人类的仁慈而已。我们不久就会看到，这种思想直到最近仍然继续存在。不久，这些精神病院就挤满了而且十分嘈杂；它们最后只不过变成了精神病患者长期拘留的牢房而已。实际上我们的疯人院这个词正是贝思利赫姆的圣玛莉医院的讹用形式，圣玛莉医院是伦敦的一家精神病院，它在16世纪晚期挤得很满而且十分混乱，以致于过路的人常常为里面的尖叫声而大吃一惊。那些异常好奇的人可能会为了一个便士去仔细观察那些狂暴的病人。与此相类似，1784年在维也那建立的疯人塔也是为了把病人限制在紧靠外边墙壁的地方而建造的，这样使当地老百姓可以观察得到。

二、启蒙运动：1700—1800

在启蒙运动时期，欧洲继续存在着文艺复兴的思想。1793年，菲利浦·皮里尔（1745—1826）开始负责巴黎的一家大精神病院——拉比斯特精神病院。在皮里尔负责之前，一位历史学家（塞林，1940）就曾描述过拉比斯特精神病院的环境。同院的病人“都被铁环束缚在他们病房的墙上，这些铁环使他们平直地靠着墙……他们夜晚也不能躺下，……，

食物通常是一种软糊糊的粥……他们被假定为是动物……不在乎食物是好还是坏”（P•54）。尽管有许多人反对，但皮里尔给同院的病人解除了锁镣。他还开始了保存病历和记录以及同病人谈话的活动。拉比斯特精神病院的皮里尔的学生和继承人埃斯奎罗尔（1772—1840）继续进行这些改革。他怀着测定这些障碍的希望还尝试着测定了一种病人的生活条件同这种疾病的发作相互之间的统计关系。

在这个时期，威廉·图克在英格兰的一个仁慈的贵格会

释留有机会，所以，在早期殖民地时代没有任何精神病院。只有18世纪才建立了一些医院，但医院的条件却很原始。同院的患者通常被安置在人们很少能运动的小黑屋里；他们剃光了头；为了清除他们身体内部想象的疾病，他们常常服一些烈性的泻药（贝内特，1947）。对于那些反抗的患者常常使用一些更严厉的办法。

然而有一些改革者却试图采用一种治疗的方法，因为这种方法不仅避免了对越轨行为神奇的解释，而且还强调了人道的待遇和复原的可能性。今天被称为"美国精神病学之父"的本杰明·拉什（1745—1813）当时发展了一种类似于后来被称为"道义疗法"的方法。这种方法包括对那些作为正常人的患者的反应，而这些患者却不能顺应生活，这种方法强调的是他们的自助能力。然而，对那些凶暴的精神病患者的身体控制仍然是一个实际问题，而且人们仍然使用一些严厉的限制手段。拉什自己设计了一种"镇静椅"，它类似于一种现代的电椅，它实际上把人体的各个部位都给限制住了。

一、多萝西娅·迪克斯和改革者

19世纪，多萝西娅·迪克斯（1802—1887）——一个马萨诸塞州的教师在情绪纷乱者的医院里开始实行改革。其他人也参加了她的改革运动，他们一起迫使州立法机关不得不建立新的医院。1854年，新泽西州首先建立了新的医院，接着在后来的30年中大多数州相继也建立了新医院。

令人啼笑皆非的是，这些改革也产生了消极作用。有几家曾成功地遵循本杰明·拉什教导的老医院也被变成了一些

集中的大州立医院，它们被迫处理许多患者。这种规模上的增大却减少了它们的有效性，而且那些很有前途的道义疗法也废而不用了。此外，为响应改革运动而建的医院都是坐落在人口稀少的农业定居区的一些黄褐色大房屋。它们的位置使人们更加普遍地相信精神病患者很危险，需要被隔离。它们使病人很难再回到自己的家。

二、现代趋势的预观

1854年，约翰·格雷被任命为纽约尤蒂卡州医院的院长。他对提倡心理障碍是物理疾病的一个结果因此它应该用物理方法来加以治疗的思想很有影响。另一些理论家和医生都支持他，从此这种医学的或者有机的模式就一直是美国心理和精神病学的一个主要特征。

1912年发生了另一件有影响的事件，当时西格蒙德·弗洛伊德在马萨诸塞州伍斯特的克拉克大学发表了一系列演讲。弗洛伊德的理论在美国要比在欧洲更容易为人们所接受，弗洛伊德理论的实际运用鼓舞了这些演讲。整个19世纪末期和20世纪早期，美国的心理学和精神病学都严重地受到那些普遍地坚持某种或者是有机观点或者是弗洛伊德观点（见第二章）的变种的人们的影响。

由约翰·汪森（1878—1958）于20世纪初在美国创立的科学的行为主义，首先系统地应用于玛丽·科弗·琼斯于1924年创立的精神病疗法。从那时起，它就成为一种很有影响的理论观点，特别是在美国。同时，诸如菲利普·皮里尔和多萝西娅·迪克斯这样一些改革者的精神也扩大到导致变

态行为的人本主义和存在主义方法的种种倾向之中（见第二和第四章）。

第五节 变态的范围

前面对历史趋势的全面评述说明，定义变态行为的种种尝试不仅具有流动性而且具有多样性。变态照字义是指“偏离规范”。用来定义变态的词语包括以下这些：

越轨是指明显不同于社会公认的行为标准的行为。在许多情况下，这个词具有否定的含义。

异常也是指与公认的规范很不相同，至少是从统计学意义上说是如此的行为，但是它通常没有否定的含义。

失调意思是说缺乏行为的整合：其结果可能是一个人在各种不同的情况下处事能力的损伤。

稀奇古怪是指与社会公认规范极不相同的行为。此外，它还意味着不适当的处事模式和行为模式的分裂。

变态行为的跨文化研究所提供的证据表明对类似行为的解释在各个文化中，可能会出现很大的差异。通过跨文化研究来对其他文化的传统进行比较可以使这些差异显著地表现出来。例如，通常被美国诊断学家称之为“精神分裂症”的东西，就通常被英国诊断学家称之为“双极抑郁症”。

因为变态的定义在不同的文化群体之间差异如此之大，以致于我们就很难决定齐克（我们所介绍案例的受试者）因其越轨、失调，从统计学意义上异常，或是这些因素的组合物就是变态的。然而，有几条普遍准则已得到了发展，因为

它们在整个历史和大多数文化中都是始终与变态问题相关的。由于我们在后面的章节中还要详细描述这些准则，所以它们可以被概括如下：

1．有些循环出现的行为似乎象征着潜在的、发展中的或存在的心理障碍，它们是：①不能阻止自我毁灭的行为；②看见或听见那种文化中别人赞同的东西在那里不存在；③暴力行为的零星的和/或胡乱的爆发；④始终不能以一种有效的方式处理人际关系；⑤持续的学习和/或职业的失败；⑥忧虑和/或抑郁；⑦即使口头上渴望符合行为准则但实际却不能如此。

2．决定是否任何一个具体的个体是变态的最一致的标准是：①行为偏离（或不同于）那个社会的规范；②失调行为总是继续和/或持续存在；③人们内部和/或人们之间活动

8. 心理缺陷常常要比身体缺陷对人际关系，更具有消极影响。

9. 即使在心理障碍不再存在之后，心理变态的标记在一个人身上依然存在。由于这种标记产生于人们的期望和反应，说明它可能会延长心理障碍。

10. 在大多数社会中对心理变态的判断和对犯罪行为的判断实际上是重迭的，即同一个特定行为依据人们对这个标记的解释可能会得到这两种判断中的其中一种。

在下一章中，我们将讨论有关变态行为的4种主要理论观点。在第三章中我们还将进一步探讨行为的多样性以及各种不同的变态鉴别标准。

专题研究：论心智健全的本质

戴维·罗森汉开始提出了一个简单的问题："如果存在着心智健全和精神错乱的话，那么我们怎样去识别它们呢？"（1973.P.250）在《科学》报导的一项有趣的研究中，罗森汉描述了自己为决定精神病诊断特征是个体的还是环境的所做的研究结果。这个实验很简单：在12个不同场合的8个正常受试者都被批准住进精神病院，而且都非常顺从地接受诊断以决定是否自己将会被鉴定为是心智健全的。罗森汉推论只要精神病专家鉴定这些人是心智健全的，那就会提供毋庸置疑的证据表明不管环境怎样，病理学反映了个人行为的特征。

罗森汉的5个假患者（包括他自己）都具有心理学或病理学的背景；另外3个人一个是儿科医师，一个是家庭主妇，还有一个是画家。各个医院的工作人员都不知道这项设计的本质，只有一个例外，当所有的假病人一得到寻找住院的约定时，他们都描述了与存在主义危机相一致的症状模式，这些症状模式使人想起了一种状况——存在主义

的精神病——而这种状况在研究或临床文献中都完全未经证明。这些假患者虽然都伪造了姓名和当时的职业，但是却提供了有关他们自己的历史和教养的准确信息。住院后，他们却突然不再模拟变态行为了，而且表现得象他们平时那样。由于他们听说自己只有通过自己的办法才能获释，所以他们都被促使去表现得非常合作（大多数人都想要一住院就马上获释）。

尽管所有的人都预觉了方向，也许是预觉了羞辱，但是他们却没有一个人被发觉。每一个人都公开地记了大量的笔记，但却没有一个人被问道羞辱。除了一个人之外，所有的人都被允许进行一次精神分裂症诊断，当他们被释放的时候，每一个人都具有一种“在缓解期，精神分裂症”的诊断分类。

这种经验，尤其是把工作人员同患者的严格隔离，给罗森汉和其他假患者留下了深刻的印象。这种隔离导致了这两个群体之间非常有限的扩大接触。那些对患者具有最大的控制权力的人——医务人员——都是最不可取的。工作人员同患者更多的接触可能已经导致人们更好地意识到常态与变态的程度。

隔离和孤立引起了软弱感和失去个人自我感。草率互动，缺乏独处，剥夺个人财产以及依靠药物来作为主要的治疗剂都助长了这种感情。

由于这些原因和其他的缘故，罗森汉的经验——以及其他假患者的经验——显然是消极的。他推断说错误并不在于医院的工作人员，因为他坚信他们大部分人从根本上都是敏感照顾的人。然而，他却把许多问题归咎于对精神病患者的不文明的态度。这些态度即使是在那些照顾精神病患者的工作人员中间也助长了矛盾心理和回避心理。在精神病院中这种态度的许多表现形式包括看守的照顾，严重地依靠精神（即产生心理变化的）药物作为主要的治疗剂，而且严重地依赖把工作人员和病人僵化地隔离开的方法。罗森汉断言我们不可能在这样

的地方发现心智健全的人。假定有这种可能性的话，那么那些真正的心理障碍者的知觉也很可能在这同样的环境下明显地歪曲了。此外，这种住院治疗的后果似乎明显地是反治疗的。较少地依赖精神病标记更多地集中于解决个人的实际问题以及创造一些促进健康和幸福的环境，都可以大大地促进对常态和变态的实际评价。

本 章 要 点

1. 存在有许多人们能够据以把行为和／或人评价为变态的标准(例如：统计学意义上的异常，犯罪意义上的疯狂，不健全，社会意义上的越轨以及适应不良）。

2. 我们目前有关变态行为的许多思想和处理变态行为的许多方法都反映了我们来自早期文明的遗产。

3. 希波克拉底在改变变态概念中起了关键性的作用。他强调的是对行为的准确观察、对大脑的研究以及变态行为产生的自然原因而不是超自然原因的重要性。

4. 由中世纪诸如百年战争和黑死病这样的事件所造成的忧伤导致了诸如自行鞭笞运动和手舞足蹈的躁狂症这样的无效的破坏性模式。

5. 虽然在早期取得了许多进展，例如罗马人的非宗教医院的发展，在中世纪衰退了，但是，在文艺复兴时期和启蒙运动时期又获得了新生。

6. 菲利甫·波里尔（1745—1826）解除拉比斯特精神病院的许多患者的锁链这一行动开创了对精神病患者进行更加人道、更加有效治疗的新趋势。

7. 尽管美国人在殖民地时期都相信巫术和惩罚性措施

标志着对变态行为的处理方法，但是由于诸如本杰明·拉什、多萝西娅这些人以及有机传统、心理动力学传统、行为主义传统和人本主义传统理论家的努力，更多的进步观点终于得到了人们的承认。

第二章　变态行为的理论观点

本章描述了对目前变态行为观点产生影响的4种主要的理论观点：变态行为的心理动力学观点，变态行为的学习点，变态行为的人本主义观点和变态行为的系统观点。每一种观点都反映了一种通过多年对人类行为的观察、研究和分析而发展起来的独特观点。每一种理论都十分有助于我们认识和治疗变态行为。

第一节　心理动力学观点

西格蒙德·弗洛伊德的工作是心理学理论起源和发展的一个里程碑（刘易斯，1981，马斯林，1982）。弗洛伊德是一个维也纳医生，最初作为一个神经病学医生受过训。然而在他生活的早期，他受到法国医生琼·马丁·查科特（1825—1893）的影响，因为查科特在治疗许多障碍时都运用催眠术，而且常常得到显著的效果。由于弗洛伊德相信这些表明心理作用严重影响行为的证明，所以他便开始了自己对行为的心理决定因素的研究。最后，他发展了一种个性发展的综合理论，这种理论不仅包括正常行为而且也包括变态行为。这种理论被称为是内心里的，因为它强调的是控制公开行为的精神或心理因素的作用

心理动力学理论牢固地扎根于决定论哲学，因为决定论坚持认为行为是由超出个人控制的力量来支配的。弗洛伊德的心理决定论这个词表明他坚信行为主要是由本能的力量或驱力来控制的，它超出了人的意识和随意的控制。如果这些驱力未受抑制的话，那么它们就可能会导致极端自我中心的行为，而且最终还会导致在社会上适应不良的行为。弗洛伊德认为教化的任务就是引导和控制这些力量以便个人需要的满足不会在损害社会的情况下出现。他把在社会准许的范围内利用和引导这些本能的驱力的渐进过程称之为"社会化"。在根本对立的力量（本能的驱力和社会化过程）之间不可避免的紧张状况在某种情况下就会表现出来。例如，当人们具有一些生动的、费解的梦想时，莫名其妙地丢失东西，或者当他们明显地意指别的东西时却说明是某一件东西（这通常叫做"说话漫不经心而漏嘴的错误"）。根据弗洛伊德的观点，如果假定这些事件反映了一个人的"真正"（无意识的）动机，那么他们就可以得到合理的解释，因为这些动机常常与有意识的目的不一致。没有人能够摆脱这样的冲突，在《日常生活的心理病理学》一书中，弗洛伊德讨论了构成许多所谓正常行为基础的不合理的力量。正常行为与变态行为之间的区别反映的是程度的差异而不是种类的差异。根据弗洛伊德的论点，心理健康的人是那些设法通过发展有效的处事策略来把内心理冲突减少到最小限度的人。

一、性心理发展

根据弗洛伊德的观点，人的成长受到一种被称为"快感

原则”的压倒一切的力量或者说受一种寻找快乐避免痛苦的脾性的支配。在性心理发展期间，身体的不同部位成为焦点（或“性感带”），因为通过它们人们可以释放以生物为基础的能量里比多而且可以获得快乐。充满里比多的各种人体部位随着年龄而变化，从口腔开始，接着依次是肛门部位和生殖器部位，这每一个部位也必然成为强烈快乐的一个来源，还必然成为潜在冲突的一个场所。弗洛伊德把这些相应的发展阶段称为口唇期（从出生到二岁），肛门期（从二岁到四岁）和生殖器期（五岁到六岁）。这些阶段之后是潜伏阶段，在这个阶段中，个人的能量被引导去从事一些缺少性欲的追求，例如在最初的几学年中的勤奋和新技能的获得。在青春期由于具有最终相互令人愉快的异性爱行为的能力，于是人们便实现了成人生殖器阶段的性心理成熟。因此，在这个成熟的过程中，快乐追求更多地成为一种社会追求而更少地成为一种单独的追求。

在口唇期，婴儿的行为主要受本能的驱力支配。这时满足集中于诸如被喂养和抚慰这样的基本需要。由于口腔对于满足这些需要是一种特别重要的身体部位，所以它就构成了一种婴儿用来涉及世界的主要手段。这个阶段之后接着注意力就转到了一些消除功能上，这种转变的标志是父母和孩子之间为了服饰训练而进行的频繁战斗。在这个被称之为肛门期的阶段，孩子们学习控制基本的生物功能，在学习过程中，在一定程度上获得以前他们所不能得到的人身自由。在第三阶段，或者说在生殖器发展阶段，孩子的外部生殖器成为好奇和快乐的中心，而且也成为父母通常十分关心的事情。这

时孩子通过手淫体验快感的自然驱力可能与父亲对这种行为的观点发生了冲突，因为性欲的自我刺激在许多文化中都是积极地为人们所劝阻的。

显然，冲突的潜势在这每一个阶段都已存在了（西尔弗曼，1976），因为基本需要和驱力常常受到外界强加的限制因素的阻挠。毫不奇怪，对于许多人来说，发展在早期的几年中进行得并不顺利。

弗洛伊德屡次观察到，当他的患者被鼓励去自由谈论自己的问题时，他们都转回去谈自己早期童年的经历。这种倾向促使弗洛伊德指出顺应不良的根源在于童年的经历而且一个人的顺应不良的程度可以上溯到他或她通过性心理发展的早期阶段的成功程度。在某一个特定的发展阶段被阻止或被牢固的倾向因此就会影响成年期的行为。例如，有人因在口唇期某一方面的发展受到了阻挠，所以他就会继续表现出作为一个成人而未被满足的依赖需要。所谓的肛门个性——不足和强迫——的发展就可以上溯到发展的肛门期所产生的冲突。这些种种的个性模式单独并不一定就是变态的或神经过敏的。由于常态和变态的区别在弗洛伊德的问题系统中常常被弄得模糊不清，所以它一般都是以一个人的个性或是允许或是阻止令人满意的日常顺应的程度为基础的。这种顺应也必然在很大程度上取决于那个人处理冲突及其必然结果——忧虑的有效程度。

二、个性发展

弗洛伊德认为，表示成熟的成年人特征的个性结构的形

成是大体上相应于性心理发展阶段的一个发展次序的必然结果。婴儿的行为主要旨在满足基本的生物需要。根据弗洛伊德的观点，这种行为是对伊特即原始冲动和驱力的永不枯竭的源泉的一种反映。伊特似乎是在不太注意实际问题的情况下起作用的，它需要一个直接反应。

最后，孩子们认识到仅仅表示一种需要并不足以保证直接满足这种需要。结果就是一种冲突的状态，它是弗洛伊德变态行为理论中经常出现的一个概念（西尔弗曼，1976，马斯林，1982）。冲突反映了需要不能被满足时所产生的一种不安状态。甚至暂时的拖延对需要的满足都足以引起冲突。在最初的两三年中，当孩子获得某一需要的努力无论是多么暂时地受到阻挠，都会明显地出现挫折。在早期的发展过程中，当那个孩子同时面临两种似乎是不相容的反应倾向时，挫折就让位于冲突。例如，一个孩子极切地希望被喂养，但是同时却又不想冒因哭闹而使父母不高兴的危险。满足其中的任意一个需要都将使另外一个需要无报答，甚少是暂时地无报答。

冲突的存在至少是以诸如语言、记忆和知觉这样一些认知过程的基本操作为先决条件的。从集体意义上来说，这些过程有助于培养一种对现实世界日益精确的而且常常是使人愉快的观点。实现这一点符合弗洛伊德第二个主要个性结构即自我的发展。自我是一个人个性中真正控制行为的部分。它是由于平衡与现实的限制因素相对立的需要和找出可行答案的必要性而出现的。根据弗洛伊德的观点，自我处于实际上不断的冲突状态之中，因为它充当着那些不相容的反应倾

向之间的一种缓冲带或介体。这种不相容的情况可能起源于几种根源的任何一种，例如，当一个孩子满足一种基本的驱力——比方说食欲——而使那注意力集中在别处的父母很恼火时。关于其中的任意一种选择都存在着收益和损失。自我的作用就在于权衡这些选择物，定出最佳的行为步骤。在年幼的孩子日益增强的在没有不适当的挫折的情况下拖延满足需要的能力中我们可以找到证据表明自我正在开始有效地起作用。这就象征着他们越来越意识到基本需要怎样才能以一种现实的方式得到满足。

随着孩子们的成熟，他们必然会遇到对自己行为越来越多的限制因素。最初，这种限制因素采取的是含有快乐或痛苦的直接行为后果的形式。这些紊乱的推断被扩大了，而且在某种程度上它们被一些设计用来帮助支配行为的更加抽象的规章条例所取代。这些规章来源于流行的社会习俗，文化价值观以及那些先是被父母后来又被其他权威人士所传播的宗教信仰。这些外部规章条例的内在化标志着第三种个性结构超我的发展。超我可以被认为是控制行为的一般原则的一个来源。因为这些原则并非总是考虑个人的不同需要或预先安排，所以自我必须在超我的有些僵硬的限制因素和伊特的幼稚要求以及在决定任何特定时间中什么行为最合适的外部环境之间充当着一种介体。显然这就是要扮演的一个正需要的角色。

在弗洛伊德的个性模式中，冲突之所以是不可避免的，是因为对伊特、超我以及环境的需要如果说有的话那也很少是协调同步化的。自我主要是对控制伊特起作用，而且后来

它对控制超我也起作用，因为自我使超我几乎没有实现其自身的基本完善。弗洛伊德把自我看成是冲突驱力之间的一种永恒介体的观点对其他许多理论家都是一个困难的来源。在自我的本质这一问题上意见的不一致导致了所谓“自我心理学”流派的创立（科哈特，1977，刘易斯，1981），这个学派把更大程度的自主和灵活性归因于自我。

然而，弗洛伊德证实了许多种表面上很费解的行为可以通过自我的脆弱性来加以理解。为此，他广泛地分析了自我有效地控制忧虑的能力。

三、焦虑的概念

焦虑是一个遍及弗洛伊德理论的概念，它对于认识许多形式的变态行为具有决定性意义（见第六章）。焦虑的迹象对我们多数人来说都是非常清楚的，它包括不安的紧张感，一种局促不安的感觉，无气息和心脏剧跳。

在试图找出焦虑起源的时候，弗洛伊德指出某些事件从出生的创伤开始都可以引起不愉快的感觉。这些事件多数都传达着一种威胁感或危险感，例如当一个婴儿的生物需要未被注意时。弗洛伊德逐渐把焦虑看成是一种由那些最终与生物脆弱性和极端依赖性的早期威胁相联系的形势或事件所引起的不愉快状态。后来，在早期的发展阶段，孩子们的性关系也充满了焦虑和冲突。大体上，弗洛伊德认为焦虑是对任何危险威胁的一种必然反应，无论这种威胁是由势不可挡的本能的能力引起的还是由有影响的思想或危险的形势所引起的，只要这任何一种情况达到威胁压倒自我的比率，焦虑

就会产生。

弗洛伊德讨论了许多能够用来把注意力从引起焦虑形势转移开的反应模式（西尔弗曼，1976）。它们在集体上被称之为“防御机制”，它们的目的在于防止因压倒自我——一种精神支柱而产生的焦虑的不愉快程度。因为弗洛伊德相信冲突和焦虑都是不可避免的，所以防御机制的部署本身并不是变态的。只要潜在焦虑不太强烈，它们就充当着防御焦虑的基本方法而且顺利地进行着。如果一个人患有持续的慢性焦虑，防御机制就可能会过大而且难以控制。这时过大的症状行为常常产生，它标志着存在严重的冲突和焦虑。

让我们来考察一个平均每天洗三、四十次手的人的行为。弗洛伊德认为这种行为是一种取消的象征形式，因为通过这种形式一个人试图取消或以某种方式不可思议地去除以前的某个事件。对一个朴实的客观观察者来说，这种行为也许似乎很傻，甚至很古怪；而在弗洛伊德的理论中，它却反映了一种潜在焦虑的重要程度，因为这种潜在焦虑的来源并不直接是明显的。重复强迫的紧张程度充当着这种潜在焦虑程度和严重性的粗略指示器。显然一天洗三、四十次手对任何标准来说都是过多了。用弗洛伊德的话来说，一个其防御工事部署非常显著的人常常是以一种神经过敏的方式而做事。人们在心理上严重受到防御机制的阻塞以致于他们日常活动的能力严重地受到了损伤，在这种程度上，人们被认为是神经过敏，例如这个强迫的洗手者就是如此。

弗洛伊德的治疗方法在他解决这些类型的问题的过程中得到了发展。开始由于他对有关催眠术的有效性的断言印象

极深（韦登和安德顿，1982），所以他终于发展了心理分析的方法，这些方法后来被称为“谈话治疗”。鼓励当事人自由地谈论自己所想的一切，这样一种方法对于心理分析是十分重要的。弗洛伊德发现所产生的表面上很混乱的滔滔不绝的谈话常常会准确地带回早期童年的经历，他认为童年的经历是成年人失调行为的根源。这个治疗以及由此产生潜在的个性发展理论的系统已经因种种原因对现代心理学产生了深刻的影响。首先，它在人们倾向于不关心内省的时候注意到了心理现象。第二，由于心理动力学理论强调产生健康和疾病之间的一个连续统一体的一系列内部冲突和正常的发展压力，所以它有助于减少精神病特征。第三，弗洛伊德的治疗方法确立了患者和治疗者之间一种目前非常普遍的一对一关系。最后，心理动力学理论使人们认识到发展的概念，认识到生命的各个不同阶段之间的连续性（科哈特，1977；马斯林，1982）。

专栏：防御机制

防御机制对其他方面常常是势不可挡的焦虑程度的反应（西尔弗曼，1976，刘易斯，1981）。对于自我来说，它们是作为一种防止自我受到引起焦虑的持续刺激的缓冲器而逐渐形成的。因此它们是作为减少焦虑的自然措施而起作用的。虽然减少焦虑通常是一个有助于生存的顺应过程，但是防御机制的广泛部署可能会导致压缩的而且常常是呆板的行为模式。防御机制自身并不能改变产生焦虑的环境。相反它们都以一种有利于那种常常没有意识到所发生事件的个人的方式歪曲现实。那些不适当地从事防御行为的人们被假定正在尽可能最好地处理着一些严重的焦虑。然而，只有治疗才能持久地解除焦虑，因为

在治疗中人们逐渐不再去部署防御物而是更现实地面对着并最终控制了焦虑的根源。一些更常见的防御机制可简略地描述如下：

压抑，由于压抑被许多精神分析学家认为是主要的防御机制，所以它就是一个无意识的本能驱力和有关的情绪或记忆被借以排斥在意识之外的过程。压抑是防止人们发觉在其他方面可能会太痛苦的事情。例如特别是在外伤性记忆情况下的一种方法。尽管本能驱力的压抑可以防止焦虑，但是它最终可能会妨碍身体功能的运行，例如当压抑性冲动导致性阳萎的时候。

投射，通过投射，一个人就把自已不能接受的冲动和感情归因于某一外部物体或人。在恐怖症和偏执狂的情况下，投射的变态程度很明显，因为在这些情况下，受试者对外界的知觉明显地被歪曲了。在投射和缓的形式中它适合于用来使不能被接受的思想更惬意。例如，同朋友的一次热烈的争论可能引起一种强烈的反应，比方说："我讨厌你！"这种反应可能证明是非常令人不安的以致于投射介入，它将这种感觉转变为"你讨厌我！"这种有意识的反应。

反应形成，弗洛伊德在早期对强迫性神经症的研究中就特别提到许多强迫性神经症已经发展了与某些本能冲动的表现正好相反的行为模式。因此，潜在的性冲动就可能被歪曲为过分拘谨的呆板行为。一个过分赞美而且从没有公开批评任何人的人通过分析可能会暴露怀有被控制的气愤和敌对感。当一个人的行为既具有强迫的性质又具有一种夸张和炫耀某些品质的倾向时，反应形式就特别有可能会发生。

否认，否认是一种处理潜在威胁的感觉观念的方法。照此，它代表着一种歪曲外部现实的十分直接的机制。否认就等于不承认某一环境的现实，例如，一个即将去进行一次危险巡逻的士兵轻率地否认任何有关的危险。

第二节 行为观点

在弗洛伊德于欧洲发展他的理论的同时，另一些人也在美国和苏联发展一种对抗的行为观点。这种方法称为行为主义，它集中于证明一个人的环境力量能够影响行为的程度（弗斯特和卡伯特森，1982）。这种行为观点已经证明是非常流行的而且引起了许多争论。行为主义流行的部分原因在于它坚持提供一些对行为明确合理的解释来代替一些诸如作为一种驱使行为力量的无意识之类不合适的含糊概念。行为主义者坚持认为弗洛伊德的许多概念太抽象了，以致于不能进行科学的研究。例如，美国心理学家约翰·沃森就强调在研究行为时系统观察和控制实验的重要性。虽然弗洛伊德坚信观察的力量，但是他比行为主义者更乐意用自己的观察来推断潜在个性结构的存在。弗洛伊德观点和行为观点的重要区别就在于前面已提到的弗洛伊德观点赞成心理决定论原则，因此它倾向于假定一个人内部的力量促动和指导行为。另一方面，行为主义者认为一个人的行为是由其外部力量控制的（弗斯特和卡伯特森，1982）。那种认为行为可以很容易被控制和管理的看法是我们这个高度控制的社会中的一个经常出现的思想。然而，可能控制的程度则取决于能够控制人们环境的程度。完全实现控制十有八、九是一个幻想，不管怎样，它主要存在于乌托邦的文学作品（马塔里斯和萨蒙，1981）和科学幻想小说之中。

行为主义的种种特征使它成为描述正常行为和变态行为

某些方面的有用模型。首先，行为主义强调可观察的（经验）材料对于客观阐述行为规律和原则的重要性。此外，行为主义者在变态行为研究中提出了一些有趣的假定（普赖斯等，1978）。第一，变态是由学到的不适合个人需要的顺应不良的反应模式组成的。行为主义者通过突出学习对行为的作用强调了个人消除顺应不良行为和代之以更加有益行为的能力。第二，决定行为是否变态的标准主要取决于社会习俗。在这一点上，厄尔曼和克拉斯纳（1975）曾指出，如果那些控制一个人所得到的支援物的人认为一种行为是不恰当的，这种行为就被认为是变态的。从这个观点来看，变态行为最终是自拆台脚的，因为它能够剥夺一个人在社会基础上的认可和报酬。构成变态行为的行为观点基础的第三个假定是说，公开的行为应该是干预的目标。正如坎弗和菲利浦斯（1970）所说的："行为治疗者倾向于选择具体的症状或行为作为改变的目标，倾向于运用有组织的具体干预，倾向于操纵这些行为而且还倾向于不断地从数量上控制发展。"（P.17）。学习论者认为如果没有令人不快的负作用的话，直接治疗这些症状将会消除顺应不良的行为。相比之下，心理动力学理论家却相信一个人的变态行为是潜在苦恼的一种表现，而消除这种症状将只会导致另一种症状的出现，这种症状是一种被称为症状替代的现象。然而，症状替代的实际发生率也许很低。

尽管多数行为主义者具有同样的基本操作假定，但是还存在着行为主义的许多不同方面（贝拉克·赫森和卡兹丁，1982）。以下所讨论的5个这样的方法在一个场合或另一个

场合都一直被认为是同各种治疗方法一致的：传统的（巴甫洛夫的）条件反射，新行为主义；操作性条件反射，社会学习理论和认知行为主义。

一、传统的条件反射

传统的条件反射是一种来源于俄国心理学家伊凡·巴甫洛夫（1849—1936）工作的学习方法。他在自己最著名的条件反射和学习的实验中证实了一条狗因对钟声产生反应可能会引起条件反射而流涎。巴甫洛夫是第一批专门提出学习实际发生方式问题的心理学家。他一开始就注意到某些他称之为无条件刺激（VS）的活动在没有预先训练的情况下也可以引起自动的反应，或叫无条件反射（UR）。常见的例子有许多：营火烟使人们的眼睛流泪；触摸一个热火炉使手反射地收回；以及看见（或闻到）食物使多数人流涎。

在所有这些例子中，无条件反射基本上都是无意识的和反射的。巴甫洛夫用这些无条件反射的刺激——反应模式作为通过一个叫做联想的过程来发展条件反射。联想的原理对于所有的学习理论都十分重要，它涉及这样一个简单的事实，即相符的事件是倾向于有联系的或相关的（弗斯特和卡伯特森，1982）。巴甫洛夫以下列方式把联想原理用于工作中。首先，他选择了一个含有一个无条件刺激（食物）和一个无条件反应（流涎）的可靠刺激——反应序列。接着，他总是通过把两个刺激一起呈现——来把一个以前是中性的刺激——在这个例子中是一个铃——同那个无条件刺激配成对。他继续把食物（US）的视域和那个铃（称为条件刺激或

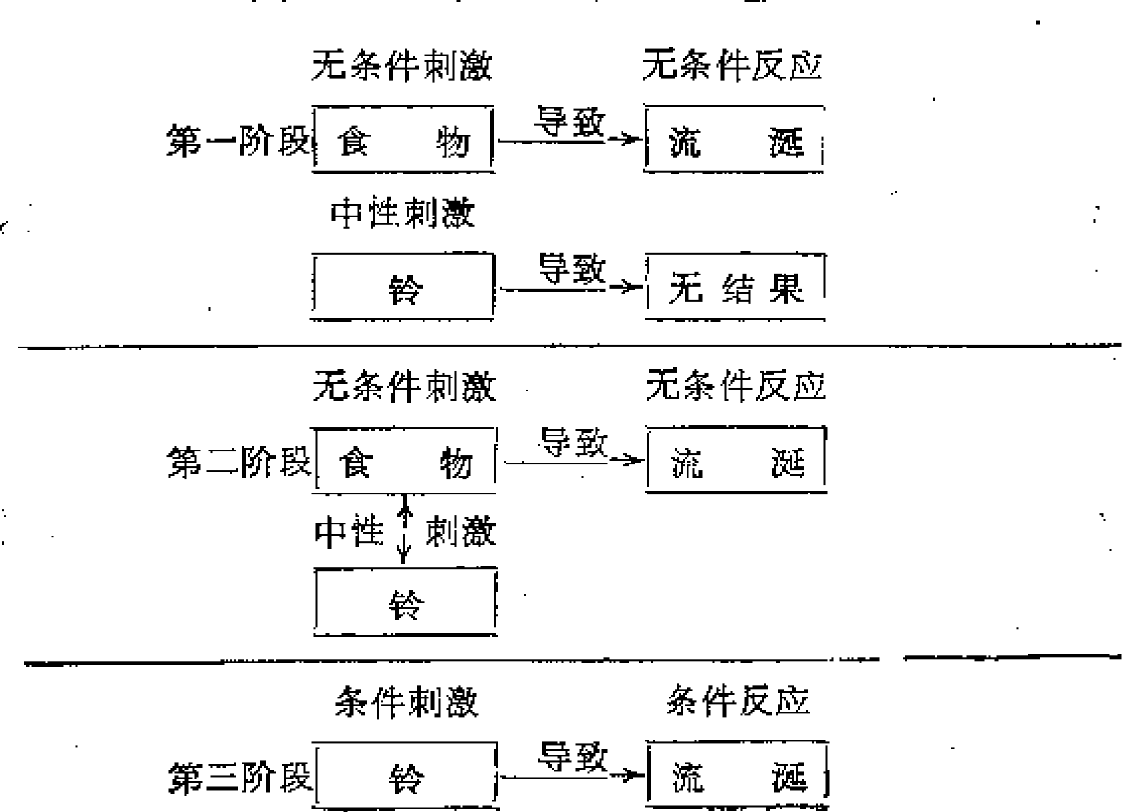
CS）的声音配成对，一直到那条狗在这二者之间形成了一种强烈的联想为止。然后，在一次实验中，他不是出示食物而只是摇摇铃，即使实际上没有出示食物那条狗也流涎。这一反应就叫做条件反射（CR）。通过这个实验，巴甫洛夫证实了这样一种学习模式，即在这种学习模式中，一种反射的反应可能会逐渐被以前是中性的刺激所控制。（见有关传统条件反射的专栏）

巴甫洛夫还研究了条件反射其他方面的问题。例如，他发现条件反射在几次试验之后便开始失去作用，这种现象叫做消退。消退对于从事临床工作的行为主义者来说是一个重要的原理。很简单，纠正顺应不良行为的一个方法就是通过一次又一次地出示条件刺激直到它不再引起（不合需要的）条件反应为止，经过消退来消除顺应不良行为。

此外，巴甫洛夫还发现了刺激泛化的原理，通过这个原理，类似于条件刺激的刺激开始引起条件反射。例如，巴甫洛夫发现一旦一条狗被训练得一听到一个特定的铃声就流涎，具有不同音质的铃就也能够引起它流涎。象消退一样，刺激泛化也具有重要的临床意义（戈尔茨坦等，1929）。首先，它解释了恐惧反应怎样才可以最终延及物体或事件的全部过程中而不是去解释恐惧的最初起源。在一些极端的情况下，一个人可以逐渐避免对广泛的共同具有唯一表面特征的事件或刺激的反应。这种行为可以严重地限制一个人的活动。在一个称为广场恐怖的情况下，人们非常害怕自己的环境以致于他们很少在自己家外冒险。这个反应可以被看成是刺激泛化的一种极端的情况。

传统的条件反射一直被用来解释某种顺应不良的情绪反应怎样才能被学会（弗斯特和卡伯特森，1982）。在有关这个学习现象最早的一个报告中，行为主义者约翰·沃森描述了这样一个事例，即在这个事例中，一个叫艾伯特的小孩子因条件反射而害怕一个无害的白老鼠。在一系列条件反射试验中，在艾伯特同那个老鼠玩的同时，一个金属棒被大声地敲击着，这惊吓了那个孩子。当这种情况发生几次之后，艾伯特便开始回避那个动物而且一见到它就哭。（是否那个老鼠见到艾伯特也同样悲痛还不为人所知呢！）在这个事例中，对响亮声音的那种自然的恐惧反应是与看见那个老鼠相关联的或者是对看见那个老鼠所产生的条件反射。

专栏：传统条件反射的三个基本阶段



传统条件反射是这样一个过程，即通过这个过程一个以前是中性的刺激——在这个例子中是铃——最终引起了一个条件反应，例如，流涎。

资料来源：莱斯特·A·莱夫顿：《心理学》第二版，第72页，阿林和培根公司1982年重印。

二、新行为主义

新行为主义象征着对传统条件反射的精练，因为它试图解释（区别于动物的）人类学习的复杂性（阿尔克斯，卡兹丁和威尔逊，1979）。新行为主义认为巴甫洛夫提出的刺激——反应联结过分简单化了，它需要改成包括一些认知的或心理的因素。这些因素中主要的就是焦虑，因为对新行为主义的临诊者来说，它是治疗的焦点。使用焦虑这个词就反映了一种用可测定的数量来定义一种主观状态的意图，这些可测定的数量，例如，引起出汗的手掌所产生的汗的多少，或者是唤醒或忧伤的其他迹象（见第六章）。

新行为主义者把焦虑看成是一种必然导致回避行为的条件反应。通常，当一个特定的物体或事件导致强烈的焦虑时，一个人将倾向于回避那些使人联想的环境，这样就可以使焦虑处在一个可控制的水平上。根据新行为原理的治疗试图通过在控制的环境下使病人正视自己恐惧的起源来消除或至少是减少促动回避行为的焦虑。照此，他们就学会了那些与回避行为不相容的更加顺应的新反应。减少焦虑的实际方法也是大不相同的，在第四章我们将更详细地讨论那些实际方法。在此举两个典型的实例就足够了。

最广泛被用来处理焦虑的方法之一就是系统脱敏法(SDT)，它是由约瑟夫·沃尔皮（1958）详尽阐述的。在这个过程中，患者和治疗者一起创造一览子越来越引起焦虑的场面——这些场面被称之为脱敏层次——以对恐惧物体或事件本身的描述而告终。接着，治疗者教该患者做一系列与常常伴随着焦虑的肌肉紧张不一致的放松练习。然后，该患者被要求去从低到高想象脱敏层次中的每一个项目，他在这样做的同时也获得了放松。这样，治疗者就使患者离同恐惧的最初起源相对立的心理对抗越来越近，而且一直都在促进着放松和安静的感觉。

在对恐惧减少的一种明显不同的探讨中，托马斯·斯坦普弗使用了一种叫做倾吐疗法的技术，根据这种方法，治疗者给患者提供了一些紧张而且常常是可怕的图象，但是这些图象实际上没有任何有害的现实世界的后果。根据斯坦普弗的看法，倾吐消退了唤醒反应；但无论是夸张的图象还是它们真实世界的对应物很明显实际上都不是如此可怕，所以患者的反应性也就变小了。

诸如沃尔皮和斯坦普弗这样的新行为主义者把焦虑概念看成是一个条件情绪反应。他们两人都强调由焦虑所促动的行为的顺应不良的方面，因为焦虑通常采取的是回避引起恐惧刺激的形式。新行为主义的观点已经导致了治疗技术的发展，这些技术似乎特别成功地治疗着特定的恐惧或病态恐怖（贝拉克·赫森和卡兹丁，1982）。

专题研究：作为一种暴力刺激的武器

最近几年所提出的一个很有趣的问题涉及的是武器的效力刺激暴力行为的程度。一个名叫伦纳德·贝科威茨的社会心理学家断言武器充当着引起侵犯性反应的条件刺激。国家步枪协会用“杀死人的不是枪支而是人！”的反诉否认这个断言。贝科威茨的对手坚持认为武器只不过是达到某一目的手段而已，它是在决定从事某一暴力行为之后才被利用的。然而，所提供的文件证据表明武器充当着暴力刺激，特别是在一个人已经感到受挫折或敌意的情况下。

在一次支持这个观点的研究中，贝科威茨和莱佩奇（1967）雇用了一百名被促使相信他们是在参加一项压力研究的男大学生。每一个受试者首先都要求列举一个流行歌手的映象和录音销售额可能增加的种种方式。然后，一个假定的合作者再一次检查了这些看法，因为他实际上是一个实验助手。受试者听说好主意将只给一次轻微的电震，而不好的主意要增加到10次。实际上那个合作者根本没有被列入；在随便分配两组中的一组之后，有一半受试者受到了一次电震，同时另一半受了7次电震。贝科威茨（准确地）假定那些受了7次电震的人将会因明显地否认自己的看法而气愤并丢脸。

然后，受试者和他们的合作者改变了角色。然而，首先前面的受试者被分到三组中的一组之中。第一组看到一个产生电震的装置，它是由桌子上的一个电报按键引起的。第二组有按键的机会，因为它同某种羽毛球位置放在一起。第三组坐在一个装有电震装置的桌子旁边，旁边放着一支猎枪和一支38口径左轮枪，有人随便告诉他们别管那些枪支。三个组的受试者通过实施电震，都根据提高轿车销售额的方法，被命令对他们前面的合作者看法的后果作一评价。贝科威茨发现那些枪支的存在不仅增加了所实施电震的数量，而且还增加了那个按键被抑制去给予电震的时间长度。显然，武器的存在促进了侵犯性

反应，特别是在那些以前曾受到多次电震的人们中间。

根据贝科威茨的观点，这些结果表明许多归因于无意识强迫动机的暴力行为都是通过存在暴力侵犯性暗示产生的。因此，假定预先存在着一种个人感到敌意和侵犯的预告动机状态，那么，武器的可用性就会引起暴力后果。

三、操作性条件反射

也许与行为观点发展广泛相联的名字要数B·F·斯金纳了。操作性（又叫工具性的）条件反射概念的发展就是他许多贡献中的一种。操作性条件反射的许多原理都是在用动物作为受试者的被控制的实验室条件下得到发展的。后来这些原理都已经成功地应用于正常人的行为和变态人的行为。

对于斯金纳的行为学习概念极为重要的是这样一个信念，即解释行为最有效的途径就是把注意力全部集中在可观察的事件上。因此，诸如个性、精神或意识此类的术语只有根据可观察的行为模式才有意义。象斯金纳这样的行为主义者所感兴趣的不是把某事描述为具有一种“强迫性障碍”，而是反映这种状况的实际行为。斯金纳首先详细说明了一套被认为是强迫性的行为。例如，人们常常根据这样一些因素来描述反复洗手这一行为，即它是怎样不断出现的，每一次都花了多少时间，每一次开始时的现存环境以及任何可观察的行为后果。

斯金纳对动物的早期观察使他断定许多行为似乎是受其后果控制的。他用操作这个词来描述对周围环境有某种影响的行为，这些影响被称为强化剂，它们改变了将会出现那种

直接先于其管理的行为的可能性。对于解释行为的发展和稳定来说，强化是一个至关重要的概念。因而，象斯金纳这样的行为主义者就倾向于把牢固建立的行为模式看成是人们以一种系统方法积极获得的行为模式。无论是顺应的行为还是顺应不良的行为都可以发展为强化作用的直接后果（坎弗和菲利蒲斯，1970）。对强迫性洗手行为的操作性分析一开始就假定这种行为已经被学会了，可能是作为一个以某种方式获得（或强化）的结果而被学会的。然而，识别强化物并非就一定很容易。也许它因清洁而得到一个过分拘泥细节的母亲的表扬，或者也许在那个受试者的手浸在温水中时它稍微减少了紧张心理，或者是可能同时存在前述诸因素。从操作性的观点来看，变态行为的强化物常常要比正常行为的强化物模糊得多。使用操作性方法处理变态行为的一个主要优点在于它使治疗者为了进行评价和治疗可以识别一些非常具体的行为。

操作性方法在环境能够被严格控制的时候效果最好。如果这种控制是可能的，那么许多操作性方法的支持者就会认为认知过程或思维过程的重要性就减少了。这个看法是与他们认为对可观察环境因素的控制提供了一种比实际依赖思维或其他内部状态更加科学有效的控制行为可靠方法的观点一致的。毫不奇怪，操作性方法已经在制度化的环境中，在具有朴实认知能力者的工作中得到了最广泛的运用。我们将在第四章讨论操作性条件反射的这些应用和其他的应用。至于操作性条件反射原理的概要，请看这个题目中的专栏。

专栏：操作性条件反射原理

强化 这个词同行为主义是持久相联的。通常它假设一个给期待的孩子少量地发放糖果的实验者的形象或强迫酒巴接受食物团的白老鼠的形象。但是除了糖果和食物团之外还有许多其他的潜在强化物。强化物是影响行为将会直接先于刺激出现可能性的刺激。积极的强化是一种不断增加的行为反应频率的必然结果。诸如食物这样的强化物因其报偿价值是天然的，所以它们叫做初级强化物。次级强化物是那些其属性可以逐渐学会的强化物。赞美的话，金钱和高分数都是强化物的例子，人们虽然没有发现强化物本质上有得益，但是他们却学会了并为之而工作。

塑造 这个词描绘了这样一个过程，即通过这个过程人们可以通过审慎地使用强化物逐渐学会希望得到的行为。塑造包括虽然类似于合意的目的状态但可能与它不完全相同的行为强化。塑造对于教授复杂的行为模式或技能特别有用。在这种应用中，塑造包括把这个总的模式分成可以被单独学会的更易于控制的小单位。

消退 如果习得行为后来没有获得，那么它就经历着消退。这种行为的出现频率之所以逐渐减少了是因为它不再被强化。如果我们有意或无意地采用最初的强化物，那么这种行为下一次就会全力回复而且还会更加抵抗消退。

惩罚 惩罚是指在不希望得到的行为出现时管理一种有害的——或厌恶的刺激（弗斯特和卡伯特森，1982）。惩罚的作用根据它所实施的环境各有所异。惩罚的共同作用之一就是在实际上没有消除某种行为的情况下抑制了这种行为。当惩罚的目标只是在于行为而不是在促使这种行为出现的条件的时候，这种情况就发生了。在这些情况下，惩罚通常不能瓦解二者之间牢固的联系。例如，一个因拿糖棍而受惩罚的孩子可能不会失去对糖果的兴趣，相反他却只会学着在有任何被

抓住或惩罚危险的时候避免去拿糖果。这明显地是指任何发现某人行为不受欢迎的人都应该改变造成那种行为的环境而不应该去惩罚那种行为本身。

四、社会学习理论

一种常见的白老鼠——Rattus rattus 一直是多数研究的主要问题，社会学习理论正是以它为基础的。在反应上，诸如哈洛这样的许多作者（1972）已经警告过那些对人类行为和动物行为之间一致性不加鉴别的泛化。艾伯特·班杜拉把主要起源于动物研究的行为原理扩大到去实际地研究人类的发展和学习。在此过程中，他发现了一种叫做社会学习理论的行为模式，社会学习理论清楚地认识到认知因素在人类学习中的作用。以前的行为方法都倾向于把学习看成是一个渐进的过程，在这个过程中，行为的变化只有通过一系列学习试验才明显表现出来。然而，班杜拉和其他人已经注意到人们似乎只要通过观察别人的行动就可以学会许多东西而且人们能够在没有公开实践的情况下，重新正确地表现出一些复杂的行为模式。此外，班杜拉还注意到一种特定行为的表现不能总是用来作为学习的标准，因为人们常常学会的只是在某些情况下表现出来的行为模式。人们通过观察学习复杂行为模式的能力和他们选择表现这些行为模式的能力是班杜拉强调人类学习中认知因素的基础。观察学习这个词描绘了人们借以学习某种行为的认知过程（克雷恩，1980）。这些过程都列举在有关观察学习的专栏中。

专栏：观察学习

观察学习包括四个独特的过程：1．注意过程，这个过程保证观察的实际出现。2．保持过程，在年轻的孩子们身上，保持过程主要是同贮存视觉表象能力相联系的，因为这些过程也许是观察信息的最重要来源。随着语言技能的发展，言语暗示和对被观察行为的描述也有助于保持。3．运动再现过程，当一个人把一种行为的认知表象变为一个运动模式的时候，观察学习就被表现出来了。4．强化过程，其行为导致合意后果的模式的出现很可能会造成模仿。

五、其他认知行为理论

除了谈到某些诸如抑郁这样的临床障碍之外，认知行为主义还导致了许多治疗方法的发展。

认知行为疗法是由一套影响一个人行为变化的方法组成，这些方法被称之为认知构造转换。这种方法假定多数临床障碍与其说产生于顺应不良的行为倒不如说是产生于控制这种行为的思维模式。因此，在矫正认知行为过程时，治疗者和患者通常都是用更顺应的思维方式取代错误的思维方式。例如，艾伯特·埃利斯的合理情绪疗法（1970）就把情绪障碍看成是人们对自己所做的在不恰当或神经过敏行为中表现出来的种种假定的结果。按照埃利斯的观点，神经过敏的人就是曲解客观现实的人。根据那种认为一个更明确的现实观点将会导致更顺应行为的假定，埃利斯使用了一些被设计用来使患者的信仰系统更顺应的治疗方法（见第四章）。

埃利斯和其他多数认知行为主义者都强调认知因素、情绪因素和行为因素对于影响人们行为方式的相互作用。因

此，影响一种顺应不良行为方式变化就需要影响所有这3种因素。为了发展新模式，一个人必须：①有不同于过去的行为；②以种种新的方式考虑自己；③发展有关那种希望得到的变化的具体感情。由于受试者运用这些方法的能力不同，所以实际改变行为方式的成功也就会有所差异。另一个认知行为疗法的提倡者唐纳德·梅陈鲍姆一直强调自我教育训练的作用，特别对于活动过度的孩子。梅陈鲍姆（1972）发展种种策略来帮助孩子们通过使用语言和视觉表象来控制自己的行为。还有一个认知行为理论的重要提倡者艾伦·贝克却集中于对抑郁的治疗（贝克，1976）。象埃利斯和梅陈鲍姆一样，贝克也强调用更顺应的思维方式取代错误思维方式的重要性。贝克广泛使用了诸如家庭作业这样的行为任务和明确的教导来帮助患者以种种更适当的方式使自己的行为改变方向。第四章将更详细地讨论这些方法。

第三节　人本主义观点

人本主义观点近年来已经获得了日益显著的地位（波利奥，1982）。这个模式具有两个独特的观点：一个是由象卡尔·罗杰斯和亚伯拉罕·马斯洛这些人的所谓自我理论组成的；另一个信奉存在主义和现象学，因为它们都强调加强对现时生活的认识，而不关心过去和未来。所有的人都共同深深地关心着个人的主观生活。在美国罗杰斯和马斯洛的影响一直是最大的。他们强调人类现实化和取得成就的能力。所有的人本主义心理学家都非常重视自我意识而且非常强调以一种积

极诚实的方式看待自己。

当前人本主义心理学的观点正日益产生着种种影响（波利奥，1982）。例如，最近人们对诸如先验的反思和其他内省形式这样的当代方法所产生的兴趣就已经强调了那些愿意探索自己内心意识的人们可以得到的经验的丰富性。近来的另一些有趣的方面是生物反馈和为了试验而使用药物。这些不同的影响却共同具有这样一种看法，即内在的经验和意识包含着一个本质上值得研究的信息和感觉的宝库。许多人都把人本主义心理学看成是一种行为主义的解毒药，因为过去行为主义倾向于通过外部因素集中控制行为，而很少关心个人的内部生活。

存在主义和人本主义心理学家的目标就在于帮助人们更好地认识自己是谁以及自己真正想要什么(波利奥,1982)，而这个目标主要是通过完全真实地感受事物，通过无妨碍的而且是不受思维歪曲的印象以及通过常常影响知觉的态度来实现的。这种方法常常适用于处理那些着迷于对自己的行为进行广泛智力分析的人们。

卡尔·罗杰斯与自我理论

卡尔·罗杰斯的“自我”理论也许是人本主义模式中最著名的一种。按照罗杰斯的观点，我们所有的人——甚至婴儿——都具有一种内在的现实化倾向。这种目标定向的行为象征着人们试图追求一些有助于个人发展十分令人满意的顺应行为的东西。婴儿原始的目标定向行为象征着自我实现行为的最初迹象，因为这种行为逐渐变得更加复杂而且存在很大的区别。人们在发展中意识到自己是一个独立自主的人。

随着自我概念的发展，出现了罗杰斯所认为的一种对积极关心的普遍需要或一种由别人对自己作出的有利评价。因此，人们发展了种种反映另一些人重视的价值观和行为的“价值条件”。价值条件来源问题在于它们可能会产生行为呆板。为了满足别人的期望，个人可以不断地表现，因此就可能会为顺应不良创造环境。例如，一个过分注意满足别人期望的人就可能会否认与自己价值条件相矛盾的经验或感觉的意识。当一个人的自我概念和价值条件之间产生重要分歧时，人们常常浸没自己的真实感情和倾向，因为他们的自我价值条件严格地支配着某些强烈受别人强化的行为方式。

罗杰斯强调帮助人们认识到自己的倾向以便使自己摆脱外在社会的约束。正是由于罗杰斯相信治疗可以具有使患者更加注意自己的内心愿望的作用，结果他们的行为就同自己的真实倾向越来越一致了。为了实现这个目标，一个罗杰斯学派的治疗者试图传达“无条件的积极关心”。其目的在于帮助患者感到那个治疗将接受自己可能具有的任何感情和想法。治疗的成功取决于自我表现所增加的自由而不取决于对感情的否认或歪曲。治疗的总目标在于帮助患者通过日益接受体验，通过日益生活在现实中以及通过日益对自己及其反应的信任来变得健康和完全正常。为了便于个人成长，罗杰斯试图通过患者来提供一种促进自我发现的关系。罗杰斯相信“只有患者才知道自己的伤痛所在，才知道自己前进的方向，才知道什么问题至关重要以及什么经验已经被深深埋藏。我开始想起如果我不需要证实自己在学习中的聪明的话，那么在这个过程中我最好还是依靠患者来找出运动的方

向” (1961．PP．11—12)。

患者中心治疗者不仅帮助抽取患者的信息，而且他们还希望通过无条件的积极关心，把同情和真诚传达给患者。

第四节 变态行为的系统模型

到现在为止，很明显存在有许多定义和分析变态行为的方法。迄今为止所讨论的各种观点——心理动力学观点、行为观点以及人本主义观点——代表着对正常行为和变态行为的各种各样的看法，它们所采取的治疗也各有特色。然而，所有这三种观点都共同地把人看成是试图对付人生沉浮的个体。心理病理学的早期心理学理论在广泛工业化时期得到了发展，因为当时一个经常发生的事情就是对普遍的技术发展的心理适应问题。个人对付越来越多异己环境的斗争没有任何地方比查利·卓别林的电影《摩登时代》描述得更好。在这部影片中，查利·卓别林描绘了与非个人技术相对立的个人的经常出现的心理学主题。重要的是，这种斗争强调的是个人而不是集体控制技术的努力。个人应该是研究的基本单位这一看法支配着早期变态行为的理论观点。

这种看法可能是一种把个人看成是基本社会单位的更普遍倾向的组成部分。人们早在童年就被选拔出来为了开始取得的个人成就而得到奖赏。父母被鼓励去促进自己孩子的自立行为的发展，孩子也必然被鼓励去变得独立自信。在治疗变态行为时，一种类似的倾向也很明显。自从象弗洛伊德这样的医生使标准的医疗业务适应精神病例的时代以来，治疗

者已经倾向于同病人各别会谈以帮助他们克服个人的问题。

最近，一种个人定向治疗的可选择方法已经得到承认。根据这种观点，对变态行为的认识取决于在前后关系中对它的仔细观察，而且个人不应该被看成是基本的研究单位。这种观点的支持者坚持认为多数行为都是出现在某种社会关系中，以致孤立地治疗个人没什么意义。

布朗芬·布伦纳在一系列文章中描述了这种人类行为的观点（1977，1979）。尽管许多心理学家，特别是那些具有行为定向的人们传统上都一直对环境因素感兴趣，但是他们的中心却一直是环境对于增进学习的作用。在探索影响行为的环境力量时，最近的倾向具有一种明显的生态学风格而且它与对我们的环境对健康和生活质量潜在地有害影响日益增长的普遍关心密切相联。

在布朗芬·布伦纳的《发展生态学》（1979）中所讨论的这种最新倾向率先考察了环境力量的全部范围和复杂性。后来其他人也试图把这种模型应用于许多类型的心理问题和社会问题。例如，贝尔斯基（1980）就曾提出虐待孩子的问题需要至少在4个不同等级上进行分析。第一个等级辱骂或虐待自己的孩子的父母的发展背景。这个基本原理是指孩子们不断地被降生到已经存在虐待潜势的家庭中。分析的其他等级是目前的家庭系统，家庭位于其中的社会机构和社会制度的网络以及那些可能允许或甚至促进虐待孩子的文化价值观。

根据这个模型对正常行为和变态行为研究的三个主要环境就是家庭、社区和文化。每一种环境都与那些关于变态行为应该怎样被概念化和治疗的思想有关。

一、家庭系统模型

家庭对于促进和保持越轨行为潜在作用的重要性可以追溯到系统论，它最初是与诸如电子学和计算机设计这样的一些技术领域一起产生的。然而，系统论已经成功地应用于诸如心理学、医学、城市规划和生物学这样一些不同的领域（米勒，1978）。系统论试图解释存在于集合意义上称为一个系统的成分之间的关系。这些成分可以由家庭成员、人体器官，一个计算机的部件，或其他任何具有某种内在相互关系的成分群体组成。

当系统论应用于人类行为时，它强调的是家庭成员或其他社会群体成员之间的相互依赖。家庭和其他社会群体采用的是具有一种倾向于在成员之间保持体内平衡的互让特征的互动模式或称可预言的行为模式。之所以存在这种行为模式可预言性在某种程度上是由于每一个成员都向其他成员提供自己行为的反馈。例如，一个母亲对孩子说他们的游戏过分吵闹了的警告就构成了反馈而且这种警告可能对矫正孩子的行为产生影响。体内平衡和有效反馈是有效作用的社会系统的两个特征。

系统论原理还被用来使变态行为概念化以及发展系统参预策略。格雷戈里·巴特森就是最早研究系统论在变态行为中应用的研究者。他和他的同事提出了精神分裂症的双约束理论，这种理论坚决主张持续接触过矛盾混乱信息的孩子是后来情绪不安的主要候选者。患者遗传性精神分裂症的母亲据说总是对孩子们说些象“如果你干某事你就不是人，如果你

不干某事你就不是人”这样的话。虽然后来的研究并没有一致地证实这种理论，但是这种思想却促进了更加复杂综合的家庭互动模型的发展。

诸如杰伊·哈利、默里·鲍恩、卡尔·威塔克和詹姆斯·弗拉莫这样的一些诊断者，根据系统论原理发展了许多不同治疗方法。弗拉莫(1979)特别提到一种研究变态行为的系统(或家庭)方法象征着对我们怎样使变态行为概念化的一种根本的重新定向。在讨论满足那些被带去进行心理咨询的孩子们的需要时，弗拉莫列举了一些使用一种家庭系统方法的理由，它们包括以下几种（1979.P.991）：

1. 通过评价整个家庭成员，人们可以决定这些症状在这个家庭系统的动力组织中的地位，还能够更好地决定在这个家庭中谁或什么需要治疗。

2. 牢记一些孩子或青少年常常抵抗治疗考察，所以全家人都参入治疗考察通常就增加了帮助的动机，而且这样可以避免不顾一切的无意识行为表现或更严重的复合病症，因为它常常充当迫使全家人干某事的手段。

3. 引起全家人传达这样一种信息，即每一个人在这个问题中都扮演着一个角色；另一些家庭成员，通常是父母，就不必为自己在这个过程中的角色而负责，而且不再需要以种种方式赎罪。

这些普通观点始终是同系统论的一个基本假定是一致的；为了充分认识行为，我们必须在一个人的社会环境的前后关系中仔细观察行为。

二、社区心理健康运动

一种社区心理学定向的提倡者们更加广泛地系统观察了有助于变态行为的因素。

1963年肯尼迪总统签字批准社区健康法令使其成为法律，它产生了深远的影响。在此之前，对精神病患者的照顾和治疗主要是大医院的责任，而许多大医院都挤得满满的而且医务人员也不够用。更重要的是，这些医院多数都是监管医院，在这些医院中，精神病患者由于没有始终如一的医疗而焦虑几个月而且常常是几年。

也许社区健康法令最重要的作用就是增强了人们对心理健康问题的认识。首先，它制定了满足社区心理健康需要的地区心理健康方案。不象旧的监管医院，这些治疗中心在身体上不是被隔离的。它们的位置有助于使心理健康工作并入社区生活之中。第二，通过集中注意心理健康而不是心理疾病，这个运动巧妙地把心理参预方法的范围扩大到不仅包括对心理障碍的治疗而且还包括增进和保持顺应良好的行为。社区健康法令规定传送5种服务：

1. 对严重忧伤的病人进行住院治疗，一般情况都是短期的。2.有助于治疗不太严重障碍的门诊服务。3.患者可以根据需要在其中过夜或度周末的部分住院治疗。4.急诊或危机服务——其中最著名的包括电话热线服务——有助于人们在住院治疗之前治疗严重障碍或用它来代替住院治疗。5.通过社区机构提供防止严重心理障碍发展的教育和咨询服务。

在有些方面这些服务的最后一种最能够代表社区心理健

康运动的目标，因为它可能会减少严重心理障碍的发生率。前期预防这个术语详细说明了作为预防心理疾病的活动。预防可以采取许多形式，它可能需要象创造健康的生活环境一样广泛的努力，或者它可能采取这样一种计划的形式，即及早地尽可能对那些其学习有失败危险的孩子进行治疗，以取得有意义的效果。

在讨论预防心理疾病这个概念时，凯利（1970）验明了3个可以用于探索有效防止措施的过程。第一个是心理健康咨询，在咨询中，心理咨询者直接同社会机构的权威人士会谈。咨询者的目的就在于提高那些工作在诸如学校、医院或企业这些应用环境中人们的效力。因此，一个心理健康咨询者就可能同一个教师谈论更有效的教室管理程序或同一个医院院长谈论处理雇员照顾患者问题的方法。这个期望是指有效的咨询常常能够在使社区环境中的问题变得非常严重以致需要直接治疗参预之前解决这些问题。第二个预防形式包括齐心协力改变组织的结构以便使它们对人类的需要更加敏感。通常这种参预包括以种种危机管理方法训练雇员和工作人员。这个目的在于帮助组织成员充分灵活地在问题和危机出现的时候，有效地处理这些问题和危机。最后，我们可以通过社区规划来达到预防的目的，因为在社区规划中，全体社区成员在他们发展到使问题需要直接注意之前就被鼓励去预先采取措施以满足未来需要。

这每一种预防标准都离那种对个别患者提供直接服务的传统概念越来越远了。社区心理学家在探索预防措施的过程中可能会打算采取与传统的心理治疗者似乎很不相容的行

动。社区心理学运动的目的完全在于最终消除引起和保持心理顺应不良的环境。这是一个为许多心理学家所赞同的理想，无论他们的倾向怎样。因此，即使社区心理学家和他们更加传统的同事可能似乎着重于非常不同类型的问题，而在他们之间也不存在任何根本的不一致。

三、变态行为的跨文化方面

许多因素对于决定什么构成变态行为都起着作用。到目前为止所讨论的这些观点考察了一系列的因素，它们从忧伤的主观状态到家庭成员的行为相互之间的影响，涉及面十分广泛。然而，许多心理学家、人类学家、社会学家以及其他专家都令人信服地论证说对行为的正确解释还需要一种文化环境内部的评价。并非所有的行为在不同文化中就具有同一种意义。例如，抑郁是一个在西方社会为人们所知的最古老、最普遍的心理障碍。结果，许多治疗抑郁的方法逐渐产生了，而且在西方文化中在什么是抑郁的本质或中心的特征这个问题上的意见大体上是一致的。然而，马西拉（1980）在考察了大量的跨文化文献之后断言作为西方文化中被定义的抑郁的发生率在非西方社会中非常低。具体地说，他特别提到西方人比其他文化中的人更多地倾向于分析或用心理学分析自己的经验。这种倾向就给抑郁或其他心理障碍提供了一种有点儿抽象的特性。相比之下，其他的许多文化强调的是经验的主观方面而不是它的分析方面，这样对心理障碍的描述就实际得多而且具体得多了。

由于变态的定义在很大程度上受文化的约束，所以我们

很难对具体心理障碍的流行作出许多概括。例如，抑郁障碍在美国中产阶级文化中的普遍存在就不意谓着它是一种普遍现象。这个事实表明我们在对属于非西方文化的人们的心理需要作结论时需要谨慎小心，特别是当一个更加优势的环境内种族群体成员的行为正在被评价的时候。许多帮助这样的少数民族人们的善意的努力之所以失败了就是因为他们没有考虑到行为的文化环境。

如果谁不能认识到抑郁或其他心理障碍有关文化的方面，那么他至少具有两个不幸的后果。一个是当行为方式在受试者的文化背景中实际上完全合适的时候它们却可能被错列为变态的。另一个，也许是更严重的后果就是真正的心理忧伤可能得不到识别和治疗。显然，在决定心理障碍的发生率和特征时重要的是我们要认识到文化因素和种族因素所起的作用。按照希金博特姆（1926）的观点，发展对少数民族文化的心理健康服务的专业人员必须至少做4件事：①认识到在那种文化中到底什么类型的行为被认为是成问题的；②认识到提供正常发展和顺应准则的现存标准；③在整个社区内部建立良好的工作关系以保证服务的接受和社区成员的合作；④认识到在那种文化中已经被用来治疗变态行为的方法。有一种常见的错误就是当人们从环境外面观察那些似乎是陈旧的，不合理的或甚至是愚蠢的做法时，人们总是过分地批评那些做法。例如，一个装束奇异的巫师在一个精神被占有的部落成员的呆滞的外形之上疯狂地做手势对一个局外人常常是不可理解的。另一方面，一个非西方人可能会怀疑传统心理分析的可信度。这样的一个观察者可能会把这种方

法描绘成这样一个过程，即一个病人被要求在睡椅上躺一个小时并谈论自己所想到的任何事情，同时由于治疗者坐在视域之外而且几乎是静止不动的，所以他用几句简单的评论扼要地强调了这个独脚戏。一个部落成员可能会推断认为他的巫师是为了钱才提供更多的服务的。他肯定耗费了更多的能力！显然，在两种情况下，在治疗程序能够有意义之前对潜在信念和价值体系的认识是至关重要的。

在这本书的始终我们都将讨论心理病理学的跨文化方面的问题。我们之所以这样做是因为有以下几个原因：首先，不断地认识到文化价值观对于决定行为是否被认为是变态的作用十分重要。第二，有关变态行为的多种多样的文化观点常常提供对这些环境控制的新见识。文化上受约束的知觉总是限制我们处理某一特定条件的方法。不同的文化观点也常常提供一种处理变态行为的潜在有效的新方法。第三，强调心理病理学的跨文化方面就阐明了行为受自己所在环境的影响程度。很清楚，尽管几乎每一种文化都能够识别看来好象越轨的行为方式，似乎很少有什么条件在世界范围内被表现出来。虽然生物学基础上的障碍很可能由文化因素更改不过来，但是本书所讨论的大多数条件都被认为是在不同程度上通过经验和环境的影响形成的。最后一点，传送心理健康服务已经成为日益复杂的任务。那些服务不再只是一小部分正在接受心理学家和其他心理健康专业人员治疗的人。具有变态行为的学生必须把自己的中心扩大到考虑具有多种多样文化和种族背景的人们的心理需要。在决定对一种普遍的认识需要的最佳反应时，关键的是要认识并考虑到所有文化群体

的需要。

跨文化的变态：帕达纳拉姆村

对心理疾病有效预防措施的探索已经促使一些空想家去试验关于心理健康社区的思想。有些人试图创造新社区以帮助避免许多烦扰现代社会的问题。由于这些乌托邦公社是被作为主流社会的社会经济结构和对立价值观的有意识的选择物而设计的，所以它们试图根据公有生活的原理为其成员建造一个更加健康的环境。

帕达纳拉姆村就是一个这样的社区，它位于印地安那州的农村，离最近的城镇有几英里远。这个社区是由一个叫丹尼尔·莱特的超凡的牧师建立的，当前它有200多个成员。它的财政成果依靠经营锯床和木材业。在这一点上，帕达纳拉姆村是很优越的，因为其他许多19世纪和20世纪的乌托邦社区都由于缺乏持久的经济基础失败了。

象以前的许多乌托邦社区一样，帕达纳拉姆村施行的也是经济共产主义原则，这个社区的所有成员都被期望从事与自己能力相当的工作，作为报答，他们平等分享联合企业的利润。住房、食物、娱乐和医疗的开支都从共同的库存中支付。成员们保持着一种基本的核心家庭结构，每家都在寝室型的大建筑中分有空间。社区内部的分工是传统型的，男人从事大部分繁重劳动并且控制着木材业，而女人则提供大部分家庭服务并且被鼓励去养育孩子。人们在公共餐厅就餐，经常跳舞、看电影、野餐和“座谈”会加强了成员们归属于一个亲密团结社区的感觉。

为了进一步加强共同的价值观，特别是青年人中间的共同价值观，社区开办了自己的学校，尽管课程强调诸如阅读、数学和自然科学这样的传统科目，但是没有等级和偏爱，协助活动反映了这个社区希望为自己的孩子们培养一种非常竞争的平等环境。

由7个长者组成的一个委员会制定财产决策和社区政策。规则很

少，这个社区依靠的是其成员保证行为与其价值观一致的亲密和共同利益。

象帕达纳拉姆村这样的社区反映了这样一种信念，即经济平等和我们的文化对个人主义的不适当强调都在很大程度上说明了心理疾病、犯罪和暴力的原因。在解释人类行为时，这个观点集中于环境因素，它认为一个建立在平等合作之上的社区将产生幸福的、顺应良好的个人。

本章要点

1. 尽管变态行为的许多理论已经得到了发展，但特别是心理动力学理论、行为理论、人本主义理论和系统理论这4种理论已经开始支配着目前有关变态的思想。

2. 主要归因于西格蒙德·弗洛伊德工作的心理动力学观点无论如何强调的是控制行为的内部力量的能力。

3. 心理动力学理论寻找的是个人内部的行为根源，因此它被称之为一种内心理理论。行为被认为主要是由本能的力量，意识的外表和有意的控制所促动的。

4. 弗洛伊德相信个人的个性很早就形成了；个性的三个组成部分——伊特、自我和超我——在生命的最初几年就成功地发展了。

5. 冲突是探讨变态行为的心理动力学方法中的一个中心概念。根据弗洛伊德的观点，冲突是必然的，一个人的行为表现变态的程度主要取决于他或她控制冲突的有效程度。

6. 焦虑产生于冲突而且也可能起源于其他任何原因。弗洛伊德提出人们把防御机制用来作为一种减少焦虑影响的手段。但是其他方面它可能会达到残缺的比例。

7．行为心理学家为了力图解释正常行为和变态行为而集中于外部的或称环境的因素。

8．按照行为观点，行为主要是学到的。学习按照特定的原理进行，它还可以用来更改或者甚至取消某些行为。

9．斯金纳和巴甫洛夫的工作证实了行为和环境中能够控制行为的力量之间的系统关系。

10．最近的行为方法，包括操作性条件反射和社会学习理论，都集中于作为控制正常行为和变态行为基础的环境因素。

11．近来，一些更加着重于认知的行为主义者已经开始考虑思维和其他的内部状态以及可直接观察的事件对于使行为改变方向的作用。

12．诸如卡尔·罗杰斯这样的人本主义心理学家认为，许多心理问题之所以产生是因为人们缺乏有关自己是谁或自己想要什么的清晰思想。治疗的目的在于增强自我意识和自我价值感。

13．变态行为的系统观点倾向于在某种前后关系中仔细观察行为，无论这种关系是家庭、社区还是一个人的文化。

14．家庭问题心理学家把个人变态行为的方式归因于他们家庭内部顺应不良的通讯网络。他们强调的是所有家庭成员之间的通讯需要明晰而不是把任何一个成员作为变态者或失调者挑选出来。

16．由一种跨文化观点所提供的明显优越性使变态行为受文化约束的程度更加清楚了。多数文化都具有各种严重程度不同的心理问题，它们也具有处理这些问题的不同措施。

第三章 变态行为的评价

本章概括地评述了心理学家在评价变态行为中所使用的一些方法。我们首先描述一种对变态行为特性的实际探讨。接着我们讨论当前心理障碍的主要诊断和分类系统——《心理障碍的诊断和统计手册》第三版(DSM—III)这些普通的问题为考察诊断、交谈、正规测验、和测验所运用的基本方法提供了一个来龙去脉（科恩和福斯特，1982；拉宾，1981）。

第一节 心理障碍的本质和评价

变态行为常常被看成是潜在心理障碍的结果。心理障碍也依次常常被比作身体疾病,因为它们可以被患得,可以被诊断而且可以被治疗。虽然这种方法可以区别一个人和他或她的心理状况，但是它却把变态看成是一种侵袭被动受害者的疾病。这个所谓的精神病模型支配着早期的变态行为概念，因为这些概念有许多都是在精神病的医院领域内产生的。以下概括了一种处理心理疾病的疾病模型方法的主要特征：1.存在着有机起源,病因学,过程和结果的疾病统一体。2.即使它们被认为是心理疾病,它们也被看成是类似于身体失调；即外表症状中所表现出的一种潜在状态。这种疾病的存在是从

症状推知的；改变这些症状并不会治疗这种疾病。3.人们是由于自己没有任何错误所患得这些疾病的。4.治疗依靠专业人员的参预，更可取地是受过医疗训练的人们的参预。5.尽管在个人身上这些疾病可能具有文化上独特表现形式，但是疾病的基本过程却是普遍的而不具有文化的特性。

这个模型尽管在精神病的早期很流行，但是它却已经受到心理学家和精神病学家同样的抨击（例如萨茨，1961）。大体上，这样的批评者坚持认为使用一种疾病分析并不一定提高我们对心理不安者的认识而且甚至可能会错误地认识他们状况。更具体地说，科钦注意到不适当的依赖这种观点可能会导致两种令人不快的严重后果。第一，它不适当地强调分类本身，而相应地忽视了具有严重心理问题的人们所具有的个人积极性和处事能力。第二，它倾向于培养这样一种信念，即几乎所有的变态行为形式都可以追溯到一种单独的一旦发现就会产生一种专门治疗的潜在原因。

实际上对一种心理障碍潜在原因的探索——或心理障碍的病原学——由于两个原因常常是没有收益的。第一，很少有心理障碍是由仅有的一个因素造成的。通常各种事件和条件似乎都有助于变态行为的出现。由于缺乏心理障碍特征之间一对一的一致及其潜在的原因，这就会依次使任何一种特殊的变态行为方式都不太可能产生简单的解释。这种情况也同纯粹的医疗环境大不相同。因为在纯粹的医疗环境中，了解一种疾病的病原学不仅有助于医生治疗这种疾病而且有助于消除了原先产生这种疾病的条件。认识到把心理障碍归因于一些具体原因的固有困难已经逐渐减少了对病原学因素的强

调。更换这种强调对于准确地描述具有心理障碍特征的行为方式，包括对于详细地分析心理障碍对人们日常有效活动能力的影响，都越来越重要（科恩和福斯特，1982）。许多临床心理学家最近已经采取了这种观点，因为它与ＤＳＭ—Ⅲ中所采用的方法完全一致。

实际上，我们在讨论变态行为时很难避免使用疾病的比喻。因为某些情况——例如情感障碍和精神分裂症——很适当地符合许多医疗模型的支配。然而，焦虑和恐怖障碍以及许多发展障碍却并非如此。尤其是焦虑障碍（见第六章）向疾病模型提出一个真实的挑战，这部分是因为它们可以起源于许许多多的原因。因此，在讨论心理障碍过程中，我们将只是在我们认为疾病模型合适的时候才引用它。我们之所以在描述评价心理障碍的过程时使用评价而不是使用诊断并不是偶然的，因为评价是一个有助于临床者作出有情报根据的决定的收集病人情报的过程（科钦，1976）。在此所强调的是灵活性，有情报根据的决策这一概念反映了这样一个事实，即该临诊者在考虑什么最适宜于病人时具有广泛的选择机会。就治疗而言，这种选择的可得性具有重要的意义。在这本书中，我们始终都提倡对治疗进行一种多重模型的探讨（拉扎勒斯，1981；迈耶，1983）。这种对治疗心理障碍的探讨强调在处理变态行为时运用多种治疗方法的优点。这种多重模型的探讨依据的是这样一种信念，即很少有心理障碍产生于支配某一单独的具体治疗形式的条件。

在评价变态行为方式时，心理学家使用了从许多不同出处收集到的广泛资料。这些出处可能包括交谈、有组织的心

理测验、参预、用调查表进行调查以及直接的行为观察。对一致行为方式的这种情报所进行的共同分析使临诊者能够准确地刻画出患者情况的性质和严重程度。完善的心理评价大体上包括流程图上所示的几个方面。

专栏：评价过程：流程图

识别和澄清由病人和其他有关人员所描述的现存问题。

↓

就如何最好地进行评价初步阐述导致某一决定的基本问题。

↓

运用以下适当的评价方法系统分析这种问题：1.交谈；2.心理测验；3.直接行为观察；4.人格记录表，调查表。

↓

在适当的地方，根据心理学阐述这种问题，包括诊断分类。

↓

提出适当的参预建议

↓

提出治疗建议后，对病人的定期复查

因此心理评价包括但不局限于诊断标定。心理学家乔治·凯利通过列举诊断者在进行评价时通常提出的6个问题刻画了心理评价的特征（1955，P·779）：

1． 究竟什么是为这个患者所特有的东西？他在什么时

间把它表示出来？他在什么地方患上它的？

2．这个患者如何看待所有这一切？他认为自己正在努力干什么？

3．有关这个患者的人格构成物（处事技能，行为素质）的心理学观点是什么？

4．在这个例子中，除了患者之外，还有什么事情需要处理？

5．这个患者下一步该怎么办？

6．这个患者怎样才会痊愈？

到底这个复杂的过程有多大的用途呢？作为所投资的时间和钱财的报答，我们有可能对心理障碍作出准确的评价吗？回答并非是轻而易举的。如同在任何一个科学领域中一样，受过高度训练的医生和可靠的测量方法是准确诊断的一个先决条件。

另一个问题涉及临诊者所治疗的心理障碍的性质。第一章对心理障碍的历史评述就指出了他们的临床基础。诊断术语是出于一种使对失调行为的观察系统化的需要而产生的，但是直到最近人们为了证实使用多年的诊断标号才进行计划完善的大规模研究。齐格勒和菲利浦斯的研究（1961）就是一种这样的先驱研究，他把有关各种不同诊断类型的症状模型制成图表。例如，被诊断患有精神分裂症的病人很可能表现出幻觉，退缩和希奇古怪思想的迹象。另一方面，躁抑郁性病人就总是有抑郁，自贬及自杀的试图。

专栏：诊断症状模型

	趋于共同出现的或趋于不同选择诊断类型一起出现的症状			
	躁抑郁症	精神性神经症	性格障碍	精神分裂症
趋于出现的症状	自杀试图 自杀想法 欣性症 抑郁症 失眠 强迫症 不吃饭	自杀想法 身体疾病 紧张 头痛 抑郁 害怕自己的 敌对冲动 恐怖症	倒错 饮酒 抢劫 殴打 威胁攻击 情绪爆发 说谎 强奸	怀疑 困惑 古怪念头 幻觉 性别偏见 冷淡 退缩 人格解体 感觉反常 躁狂症爆发 身体疾病
趋于不出现的症状	退缩 抢劫	怀疑 困惑 古怪念头 幻觉 抢劫 殴打	怀疑 困惑 古怪念头 幻觉 性别偏见 冷淡 退缩 人格解体 感觉反常 欣性症 身体疾病	倒错 饮酒 威胁攻击 情绪爆发 说谎 强奸 自杀试图 自杀想法 抑郁 害怕自己的敌对冲动

续表

	自贬 抑郁 恐怖症 强迫症

资料来源：摘自E·齐格勒和L·菲利浦斯《精神病诊断和症状学》，载《变态社会心理学杂志，》1961.63，第69－75页。美国心理学协会1961年出版。

最近，美国精神病学会的新版《心理障碍的诊断和统计手册》（DSM—Ⅲ）已经通过制定用于全面情况的具体诊断标准向澄清心理障碍的特征迈进了引人注目的一步。这些标准专门用于临床应用和研究应用，以期望当前有关心理障碍的思想不断得到精练。

当然，任何评价或分类系统的根本检验标准就是这个系统促进适当的成功参预的程度。我们有充分的理由相信，由于一种完善的心理评价符合象DSM—Ⅲ这样的综合分类系统，所以它对于为广泛的心理障碍提供适当的治疗是十分有用的。

第二节　DSM—Ⅲ变态行为分类

最近发展综合分类系统的种种努力已经促进了对变态行为的讨论。在许多发展起来的分类系统中，运用最广泛的就是《心理障碍诊断和统计手册》第三版，它是由美国精神病学会于1980年出版的。这一版无论是在所描述的心理障碍范围上还是在诊断标准的精确性上都比前两版全面。DSM—

Ⅲ含有18个诊断类型，包括适用于一些不可归因于一种心理障碍而是作为注意或治疗中心症状的诊断（见专栏）。

专栏：DSM—Ⅲ诊断类型

1. 通常首先在婴儿期、童年或青春期很明显的障碍
2. 器质性心理障碍
3. 实体使用障碍
4. 精神分裂性障碍
5. 类偏执性障碍
6. 在其他地方未被分类的心理障碍
7. 情感障碍
8. 焦虑障碍
9. 体型障碍
10. 分裂障碍
11. 性心理障碍
12. 人为障碍
13. 在其他地方未被分类的冲动控制障碍
14. 顺应障碍
15. 影响身体状况的心理因素
16. 人格障碍
17. 不可归因于心理障碍而是作为注意或治疗中心的症状
18. 附加规则

资料来源：美国精神病学会《心理障碍诊断和统计手册》第三版。

由于本书后面的几章大体上都遵循的是DSM—Ⅲ，所以，在此简要地讨论一下它的一些重要特征是很恰当的。

一、DSM—Ⅲ的特征

DSM—Ⅲ是一个多轴分类系统，这意思是说接受评价的行为都是在不同的轴上或方面加以评估的。DSM—Ⅲ运用5个轴：

轴Ⅰ和轴Ⅱ。

前两个轴的故障如下：

轴Ⅰ：A．临床综合症　B．不可归因于心理障碍而是注意或治疗中心的症状。

轴Ⅱ：A．人格障碍　B．具体发展障碍。

轴Ⅰ和轴Ⅱ包括了所有类型的心理障碍。轴Ⅰ所列举的心理障碍和轴Ⅱ所列举的心理障碍之间的区别与它们的普遍性有关。轴Ⅰ的心理障碍倾向于是一些最近开始的很孤立的情况。在许多事例中，综合症的发作对于受折磨的人非常明显，所以他常常过后就被促动去寻求治疗。轴Ⅱ的心理障碍反映的是广泛影响行为的更加长期存在的普遍状况。患有这些障碍的人都不大可能意识到，因此他们习惯这种情况。令人啼笑皆非的是，这就意谓着具有损伤最深的顺应不良行为方式的人最不可能去寻求治疗。

在轴Ⅱ上列举了两种心理障碍，第一种包括人格障碍，它反映的是普遍的、永久的而且从根本上是顺应不良的行为方式。第二种包括一些具体的发展障碍，它们是早在童年就为人们共同发现的生物学基础上的普遍情况。因此，人格障碍和具体发展障碍的普遍性就与轴Ⅰ所描述的心理障碍的中心

本质形成了对照。这种区别使我们有可能同时诊断轴Ⅰ上的具体心理障碍和轴Ⅱ上的人格或发展障碍。

轴Ⅲ：身体障碍和身体条件

轴Ⅲ被用来详细说明与轴I和轴II所鉴定的心理障碍有关的医疗条件。在有些情况下，医疗条件可能实际上就是某一心理障碍的原因，例如，当时摄取毒物的生理反应引起幻觉或妄想的时候。当计划治疗时，考虑有关的医疗条件也可能是很重要的，因为这样就必然会协调心理参预和医疗参预。

轴Ⅳ：心理社会应激物的严重性

通常，社会因素或人际因素都与心理障碍的突然发作和维持有关。轴 IV 可以用来评价这种应激物的严重性而且能够帮助临诊者决定外部压力可能促进患者提出问题的程度。大体上，明显与压力事件有关的情况要比那些对其没有任何明显可辨的应激物的情况具有更好的预后。一个原因是与压力有关的心理障碍一旦那种压力减轻它就有一种消除自身的方法。另一个原因则在于如果参预证明是必不可少的话，那么当起作用的因素能够被详细说明时，我们总是可以更容易处理一种情况。通常，改变患者的社会环境不仅可以减少心理压力的程度，而且还将会导致行为的一种全面的改进。

轴V

最后这个轴可以在评价的前一年对顺应活动的最高程度进行估价。轴V提供了一条作为测量患者目前情况背景的基线。这有助于临诊者评价现有障碍的严重程度和后来治疗的有效性。轴V的评估也有助于一个患者的前景或预后；显

然，在心理障碍发作的前一年进行适当的调整要比当以前的调整已经至多是“边缘的”时候再进行适当的调整所提出的预后更好。

在集体意义上，这些轴提供了一个对评价时患者情况的全面看法。专栏3—4包含有一个根据 DSM—Ⅲ 多轴系统进行诊断分类的例子。

DSM—Ⅲ的另外两个特征也同样值得一提：

第一，如前所述，它运用了一个在很大程度上不依靠任何特殊理论倾向来探讨心理障碍的描述方法。我们明显地缺乏对这些情况的病原学或起源的讨论；我们应该重点综合地描绘与心理障碍有关的行为。其目的不是怀疑理论阐述的解释能力，而是鼓励诊断者把对心理障碍的解释建立在最适合所得信息的理论或阐述的基础之上。

这种描述方法对于治疗具有重要意义。许多心理病理学理论都既包括障碍又包括它们的治疗。因此它们意味着一个具体的治疗是由那种潜在的理论支配的。这特别运用了心理分析观点，因为按照这个观点，弗洛伊德的临床工作影响了他的理论的发展，反之亦然。然而，具有其他理论主张的临诊者却象弗洛伊德那样治疗患者，这说明可能存在着不止一种治疗某一特殊障碍的方法。降低对心理障碍理论阐述的重要性因此就允许了更大的选择治疗的自由。所以，一个临诊者可以决定一个抑郁的患者需要心理动力定向的治疗，而他还会从帮助消除失眠的经常严格的体育活动中得益。这是有关DSM—Ⅲ的描述方法怎样才能帮助发展一种多重模型参预策略的好例证。

第二，DSM—Ⅲ通过运用比前两版更加灵活的诊断标准承认了许多心理障碍的模糊界限。它根据不同的标准描述了各种不同的障碍，但是并非所有的障碍在每一个患者身上必然是同样明显的。这种方法使人们更容易在诊断一些其表现形式包括一个或两个主要特征的情况同时诊断另一些可能不总是出现的情况。实际上它是一种认识所有患精神分裂症或任何其他情况的人并非必然完全相同的方法，因此它就使临诊者能够识别作为一个特殊患者身上表现出来的某一特殊障碍的不同特征。

这里又一次清楚地表明了治疗的意义：通过对个别患者的特性作出反应而不只是对诊断标号作出反应，临诊者更能够沿着这种多重模型方法的路线来制定适当的治疗策略。

专栏：根据 DSM—Ⅲ 系统进行诊断分类的例子

以下是一个根据DSM—Ⅲ分类系统进行诊断评价的例子。它涉及到一个32岁的因最近不能被提升而抑郁的计算机程序编制员。尽管他操作计算机时很有能力，但他自童年开始就具有一个差劲的社会关系史。然而，该公司内部工作人员的提升只是对于那些通过显示良好的人际关系技能来表现出管理潜力的人才可以得到

DSM—Ⅲ因此就提供了一个综合的分类系统，这个分类系统包含着一系列影响儿童和成人的心理障碍。当然，后来的临床工作和研究也可能为某些需改变的心理障碍提供了诊断标准。然而，暂时，作为一个重要的评价工具，这个新系统表明很有希望，因为它不仅包含有一系列广泛的心理障碍而且还包含着心理健康专业人员所运用的各种评价策略。

二、运用DSM—Ⅲ诊断的个案报告

一个45岁的律师A先生在一次车祸中据报道头部受了轻微的创伤，6个月之后医生对他进行了心理评价。尽管他开始只带着不严重的小病出院了，但是他参预的九个月中一直都不能成功地重新工作。在这段时间中，他抱怨经常发生的头痛和眩晕。他还产生了有关同事的问题，他指责同事密谋使他不能继续赶上自己的工作。作为一个审判律师，他因在评述案情过程中没有保持总的观点陷入困境而闻名。他长时间的工作，通常夜晚和周末都是在办公室里度过的。在这样的时候，他常常要求自己的秘书加班工作，却没有任何额外的补偿。为了测定由车祸留下的后遗症的性质和程度，为了识别那些妨碍后来重新顺应的因素，为了帮助计划使这个患者能够重新从事有收益工作的方法，医生对他进行了心理评价。

从所得信息中出现了两个因素。第一，与对他车祸以前能力的估计相比，A先生表现了智力和记忆技能的缺陷。人们都认为这些缺陷非常严重地妨碍了他作为一个律师的工作。他语言受损伤的迹象也与这些缺陷有关。他的言语偶尔也含

糊不清，而且他常常记不起特定的法律术语，当他疲劳时这种情况非常明显。第二，A先生表现了长期存在的具有至善论和僵化特征的人格特性的迹象。这两个因素使那次车祸的后果对A先生十分难受，因为他被赶上新案和悬案所需要的工作量给压垮了。归因于头创伤影响的智力缺陷减少了他掌握自己工作复杂细节和组织自己结论的能力。由于对被减弱能力的反应，他不能放宽自己的至善论标准。已知他具有长期存在的在那次车祸后好象剧化了的强迫行为方式，所以他的预后就被认为不怎么样。根据DSM—Ⅲ 诊断标准，这种情况将如同在表明一个典型诊断评价的专栏中被分类。

专栏：典型DSM—Ⅲ诊断评价

轴Ⅰ：根据诊断标准，智力变退包括：

A．非常严重妨碍社会功能和职业功能的智力丧失；

B．记忆损伤

C．受损伤的语言表达

轴Ⅱ：根据诊断标准，强迫人格障碍包括：

A 妨碍掌握总画面能力的至善论

B 僵化地坚持别人顺从某人的做事方式

C 过度地献身于工作而几乎完全排除了人际关系

D 情绪压抑，过分严肃和拘谨

轴Ⅲ ：从属于车祸的头创伤

轴Ⅳ ：心理应激物：严重程度4（中等的）：

A 极度害怕失业

B 为了帮助保持高生活标准从结婚到过早地回去工作的压力

轴Ⅴ：顺应活动的最高程度，青年：（中等的）

第三节　心理评价方法的信度和效度

评价过程的一个重要特征是评价工具的选择。在某种程度上，选择可取决于所提出的那个特定问题；此外，临诊者被要求评价的问题范围也很广泛。不过这些活动多数都采取4种基本形式（卡菲尔德，1974）：①对各种心理能力，特别是智力功能的评价；②对更具体的能力、态度或缺陷的评价；③鉴别诊断或测定哪一种诊断最能表示患者的特性；④对人格特性的评价，无论是不是变态的。

在进行这些评价时，临诊者依靠一些不同的方法，包括临床交谈、有组织的心理测验、人格参预和用调查表进行调查，以及直接的行为观察。一个特定的评价问题可能需要这些程序的任何一种或所有这些程序，这取决于有关问题的性质和复杂性。诊断者的理论倾向也影响所用方法的类型。例如，着重行为的临诊者在进行评价时就广泛地依靠行为观察或对现行问题的描述，而更着重心理动力的临诊者却常常运用心理测验或参预来帮助评价潜在的人格特性和识别冲突的范围。

不管评价问题的性质或临诊者的理论倾向怎样，我们应该根据它们被证明的处理特定问题的能力来选择方法。然而，普遍可用的评价方法在它们被指定处理的问题上以及在它们扮演自己角色的精确性上都有广泛地不同。评价它们品质的一种方法是考察它们的统计属性，例如，信度和效度。

信度是指在各种不同情况下测验资料的一致性。一个特

定方法的信度可以从3个方面进行评价：

1. 半分信度涉及的是测验的内部一致性和对内部项目（例如甚至同古怪的项目相对）的比较产生类似结果的程度。

2. 测验-再测验信度涉及的是对同一个人连续进行一种测验产生一致结果的程度。大体上，测验间隔越长，测验-再测验信度就越低。

3. 估价人之间的信度是对两个或更多的使用同一测验或测量的人将取得类似结果程度的测量。估价人之间的信度是一个关于个人测验和大体上评价过程的重要问题，特别是当人们正在使用诊断标号的时候。估价人之间的信度已经表明因不同因素而有所差异，这些不同的因素包括估价人的训练水平和他们据以评价和观察的诊断标准的明晰程度。

效度指的是一个特定测验对于测量指标特性或特征的准确性。一个特定测量方法的效度可以从4个方面加以评价：

1. 内容效度提出的是测验项目是否反映为人们普遍赞同的某一品质的特征的问题。例如，一种被设计用来评价焦虑的调查表如果包括有关诸如出汗的手心或紧张不安的腹部这样一些独特症状的项目那么它就会具有内容效度。

2. 一致效度评价的是某一测验结果与那些被指定用来评价同一特性或特征的其他测验结果的一致程度。

3. 预言性效度涉及的是一个测验或其他测量预言行为的能力。在此，诊断者不仅对具体的测验与后来行为的联系方式感兴趣而且还对在一套评价方法基础上的建议与后来参预的结果相互联系的程度感兴趣。

4．构成效度指的是一种理论构成能够根据经验被规定的程度，例如，一种人格特性，它本身根本不能被直接观察。

重要的是评价方法既要有效度，又要有信度。例如，对诸如抑郁或童年精神分裂症这样一些障碍富有意义的讨论取决于发现这些障碍可靠和有效方法的可得性。以下对常用的心理评价方法的讨论因此就包括对这些方法效度和信度的评价。

第四节　心理评价方法

一、临床访谈

访谈涉及到心理评价的许多理论倾向而且在其他许多领域也十分常见；几乎每一个人都在一个时候或另一个时候被访谈过。如同赖斯曼和本尼曾说过的："随着人们从一个机构到另一个机构，从学校到部队，到就业，到其他职业，最后到老年医学社会工作者，访谈在某种程度上正在成为一种交流的惯例"（1958．P．15）。

访谈基本上是为了一个特定的目的两个（或更多）人之间短暂的见面。甚至在临床心理学领域内，目的也可能会大不相同。访谈的常见用途包括：无论在最初需要心理服务时还是在后来进行正式诊断的情况下澄清一个患者问题的性质和严重程度；通过彻底探讨个人的背景和历史来获得对影响患者问题的因素的深刻认识；提供在人际关系环境中系统观

察一个人行为的机会，以及用来作为治疗许多类型的精神病的基础工具。

无论一次访谈的目的是什么，访谈员的行为对结果具有重要的影响。有效的访谈不止是简单地提出问题。熟练的访谈员对会谈的涨落都很敏感而且能够准确判断什么时候应该提问，什么时候应该更深入地探究，以及什么时候应该保持沉默。他们在访谈的开始善于使自己的患者很自在，这样就鼓励了患者公开地讨论自己的问题而不害怕任何指责。重要的是一个访谈员要具有感情神入的品质或称为从患者的观点看待事物的能力，还要有卡尔·罗杰斯（1959）称之为对患者“无条件的积极关心”。在这样的情况下，多数人都感到很自由地分享着他们内心的思想，因为他们知道访谈员是真实地对了解他们感兴趣。

一个好的访谈员能够有效地利用座谈会来观察传递有关自己信息的方式。沙利文(1954)把访谈员描绘成一个参与观察者，一个参与观察者能够同时回答患者的陈述和对患者的行为进行系统的观察。不管一个人的理论倾向怎样，有效的访谈都需要技能和经验。

有效的访谈还需要对别人非常敏感和直率。一个访谈员应该能够鼓励患者公正地谈论自己可能具有的障碍。有经验的访谈员首先要承认患者的话能够引起各种反应，而这些反应多数都必须受到控制。一个访谈员可能会经历作为对患者的话所产生的反应的种种同情、气愤，也许甚至是憎恶的感情，但是他或她却不能忽视这样一个事实，即访谈的目的在于从患者的观点来准确地认识事物。

有效的访谈不止是需要直率和善于接受。为了决定进行访谈的最好方法，对于访谈员来说，具有某种对患者背景的认识也是同等重要的。特别是当处理那些可能会有些注视检查人行为的少数群体成员时这一点尤其重要。因为如果不能认识到这样的因素，那就可能会危害访谈的成功。

访谈的材料怎样才算可靠和有效呢？假定存在着广泛的运用访谈的环境我们也很难作出概括。因为无论是评价问题的性质还是访谈员的经验都影响所获信息的质量。有许多迹象表明访谈者和患者都相互影响着对方的言语行为。这样，患者和咨询者的联合行为也就必然严重地影响信息的可靠性和有效性。例如，克拉斯纳（1962）曾讨论了访谈者的微笑、姿势以及言谈能够微妙地强化特定类型的患者言语行为，例如，充满情感的讲话。这个特征可能表明患者对社会强化很敏感，因为社会强化是一个合理的诊断问题。然而，如果这不真实是一个专门被提出的问题，那么这种强化形式的影响就可能会系统地歪曲患者对问题的回答。很少有诊断者在进行评价时仅仅只依据访谈材料。然而，当一个熟练的检查者的访谈同通过其他方法获得的结果结合起来时，他的访谈常常对于拼合一个患者问题的细节具有很大的帮助。

二、心理测验

传统上，心理测验一直是诊断者的基本评价工具。从一开始，心理学家似乎就一直在他们认识正常行为和变态行为的努力中长期地期待着、探索着、寻求着。

19世纪80年代，弗朗西斯·高尔顿爵士建立了一个最早

的心理实验室，在这个实验室里，他测量并量化了许多形式的人类行为。由于高尔顿相信诸如智力这样的心理特性可以根据离散的物理测量法来测定，所以他收集很多有关反应次数和感觉敏锐的材料和其他的工作方法。他努力的主要结果就是证实了这样一个当今著名的事实，即对于多数特性来说个人的反应行为都系统地有所差异。后来，个体差异这个术语就成了心理学的标志（尽管几乎在100年前天文学家凯普勒已经注意到由素有训练的观察家所进行的天文测量中的误差表明了系统的变差）。

高尔顿工作的影响是双倍的。第一，它有助于为研究人类行为建立一个经验框架。第二，它提出这样一种观点，即特性可以通过使用具体的测验来加以评价。不久以后，这个领域中的另一些研究者也开始设计一些评价行为的许多方面的测验。例如，艾尔弗雷德·比奈为了评价巴黎学校儿童的学习潜力就设计了第一个心理能力的系统测验。在它的现有形式中，斯坦福－比奈量表广泛地运用于智力能力的评价中。20世纪早期产生了许多类型的测验，包括在此将要讨论的两种：对智力技能和心理技能很有组织的测验和所谓的投射测验，它们不久就在人格特性的评价中得到了广泛的承认（拉宾，1981）。

与流行的信念相反，心理测验的分数自身并没有揭示什么有关人的东西。之所以心理学家都不愿意为了测定智商的单一目的而去进行一次智力测验，是因为仅仅智商分数可能没有任何特殊的重要性。心理学家可能把这样的测验当作一个对具体问题更全面的评价的组成部分来使用。例如，为了

帮助决定一个人的智力技能是否适合某一特定的工作，人们可能会使用这样一种测验。测验结果提供的只是对这样一些问题的不完全回答。对于许多临诊者来说，分析患者对特定测验的反应方式也同等地重要。沿着这些路线，格雷厄姆概括了在分析心理测验材料中临床心理学家所运用的一个总策略（1978，PP,319—320）：

1． 受试人的测验态度是什么？在解释这个测验结果时我们应该怎样考察这种态度？

2． 对那个作出这些回答的人进行调整的总标准是什么？

3． 根据它们在测量中的表现，我们能够推断（或预测）出这个人具有哪种行为（态度、防御物等等）？

4． 在评价期间以及在日常生活中是什么心理因素构成了这个人行为的基础？

5． 根据所获信息，最适合这个人的诊断标号是什么？

6． 根据这个评价进行治疗的意义是什么？

这些问题强调了这样一个要点，即存在有比计算测验分数更多的心理评价方法。当一个训练有素的临诊者使用心理测验时，心理测验就可以给评价过程增加大量的描述性和经验性的信息。

智力测验

传统上，智力测验一直都被包括在心理评价之中。斯坦福-比奈智力测验以及由戴维·韦克斯勒修改的智力测验（包括韦克斯勒成人智力修改量表（WAIS-R)都是目前临床实践中最广泛使用的测量心理能力的方法。它们的不同运

用反映了智力性质的一些不同的有趣假定。第一，人们普遍承认通过智力测验对智力技能的全面评价构成了对一个人在其日常环境中活动能力的一个有效评价，韦克斯勒很清楚地表达了这个思想，因为他强调智力的综合概念，避免把任何一种能力挑出作为基础。因此这些测验就专门用来评价那些对适应人们的文化、社会和人际关系环境必不可少的技巧和能力。然而，在现实实践中，智商分数是与很有限的一部分行为相互联系的。

从诸如斯坦福-比奈测验量表和韦克斯勒测验量表这样一些测验中得出的智商分数是一种根据受试者表现由许多方法组成的混合方法。例如，韦克斯勒的测验量表就是由评价两个叫做“言语因素”和“行为因素”的广阔领域的分测验组成的。言语分测验试图测量词汇技能，抽象思维，对社会习俗的认识等等。行为分测验则集中于运动速度、视觉组织技能和视知觉能力。由相应的分量表评价的能力都在很大程度上与学习成绩相互联系。许多使智商分数和许多不同变量联系的相关研究表明学校表现是一种最能为这些测验预言的行为（马塔拉佐，1972）。

临诊者可以通过使用智能测验来获得不同类型的信息。首先，他们可以把患者的智力成就水平同一个类似年龄组的智力成就水平进行比较。结果至少大体上表明了那个人在日常，特别是在学习环境中可能被期望活动的情况。此外，临诊者常常解释象受试者对测验的态度这样的测验表现的性质特征，改变的标准以及同检查者的关系。对这样一些因素的分析常常有助于决定为什么一个孩子不能按照被期望的标准

行动或为什么一个雇员不能同其他同事相处。

对智力测验中个别项目的反应还为临诊者提供了另一个信息源。例如，严重的情绪障碍——精神病——一直都是与混乱的思维相联系的，因为混乱的思维是一个基本的诊断标准。通常，在评价词汇技能或抽象思维能力的测验反应中表现出混乱思维的迹象。诸如，“一个桔子和一个梨是怎样相象的？”这样一个问题就常常引出强调二者都是水果的回答。诸如“二者的形状都象星星”这样的一系列不恰当的回答可能会促使临诊者怀疑思维障碍的存在，因为思维障碍是能够通过其他办法来进一步加以评价的。因此，通过评价测验项目回答的质量，临诊者常常能够对那些可能会促进或抑制智能表现的因素形成假设。

象WAIS-R和斯坦福-比奈测验这样的智力测验在过去的50年中已经受了广泛的提炼。然而，它们因种种原因也受到了很大的抨击。它们在决定学额和职业选择中的普遍运用——简言之它们在那些人们根据心理能力而被分类的领域中的普遍运用——已经导致一种抗议的反应。没有什么人批评它们方法论的严密性，众所周知，象智商分数这样的智力测量方法表明了很高的测验-再测验信度（例如，贝德纳·阿博恩和坎托,1950）。这些批评多数都提出了智商测验的效度：它们真正可以测量智力吗？这种问题部分产生于把智力看成一种象高度和重量那样的可测数量的倾向。实际上，智力是一种必须由经验方法才能证实的构成物。然而，对于那些部分由于其智商分数“太低”而被排斥在教学大纲之外的孩子的父母或对于那些其孩子由于自己智商分数“太高”而

不允许进入教学大纲的父母，这种理论上的争论没有什么意义。

实际上，智商测验可以很好地预言某种包括学校表现在内的行为（马塔拉佐，1972）。此外，由于智商测验能够提供将被其他方法所证实的评价线索，这就使它们成为测验组——即一个有组织的交谈形式的一个非常宝贵的部分。这种对智力测验的批评有许多都起源于那些未受过训练的工作人员对它们的不适当运用，因为这些人也许太依赖它们驰名的效度了。假定智商测验的运用已经很普遍了，那么这种结果就可能是不可避免的。

另一个经常发生的智商测验的冲突涉及的是当它们被使用时对那些其文化和／或种族背景与美国主流文化大不相同的人们的效度。文化因素可以影响评价过程的许多方面，包括检查者与受试者的关系，患者的动机水平（齐格勒和巴特菲尔德，1968）以及对所评价的知识或能力范围的接触。可是，这些影响并不适用于所有的文化群体，也不适用于某一特定群体内部的所有成员。假如检查者清楚地认识到所用评价方法的力量和局限性的话，那么心理测验就具有很大的实用价值。萨特勒（1982）在评价少数民族儿童时概括了支持和反对使用智力测验的论点（见本题目的专栏）。

专栏：智商的模型或有效系数

模　　　　　　　型	r
具有顺应行为限度的智商	
智商×智力落后……………………………………	0.90
智商×教育成就（在几年中）…………………………	0.70
智商×学习成就（分数）……………………………	0.50
智商×职业成就……………………………………	0.50
智商×社会经济地位………………………………	0.40
智商×工作成就……………………………………	0.20
有关变量	
智商×一个独立评价的职业威望……………………	0.95
智商×父母的教育成就………………………………	0.50

资料来源《韦克斯勒的成人智力测量与评价》第五版，约瑟夫·D·马塔拉佐著，牛津大学出版社1972年版。

在这个问题上双方激发兴趣的论点都引起了许多争论。一个有益的结果是人们正在以一种比以前更有识别力的方式使用心理测验。此外，人们也不断认识到智力或其他任何特性的有效评价对认识这样一些因素的需要程度，即这些因素远远不止是关心是否测验回答是“正确的”或“错误的”。

专题研究：智商测验分数的信度

许多人，包括一些著名的研究者都曾认为智商分数是很持久的而且是不变的。无论是由于贫困环境的影响，还是由于遗传因素的影响，或者是二者的影响，在智商测验中表现不好的年轻小孩常常被认为是永久的缺陷者。如果你相信智商分数的信度，那么你常常也就必然相信早期的经历不可改变地形成了一个人的命运。按照这个观点，正常的发展取决于在促进健康成长中适当的早期经历。

尽管原则上多数心理学家都赞成早期经历的重要性和智商分数的相对可靠性，但是贾米拉·科卢乔瓦（1976）的一个报告揭示了这个模式的一些有趣的例外。它涉及的是两个完全相同的捷克斯洛伐克孪生儿，虽然他们在早期生活中严重受虐待和忽视，但是他们后来在广泛的发展范围中表现出显著的收获。

P·M和J·M，都出生于1960年9月并且都被安置在儿童教养院住了11个月。他们的生母在分娩时去世了，他们的父亲后来重新结了婚，最后把这两个孪生儿带到他的新家中。接着发生的那些事情只到几年后在法庭上才显露出来。复证表明这对孪生儿严重地受到他们的继母和父亲的虐待和忽视。他们被限制在一个空荡的房间里，而且在屋子外面几年都见不到他们。许多邻居甚至不知道他们的存在。他们偶尔还被长时间地锁在厕所里。有几个邻居间歇地听到来自房子里的哭声和尖叫声，但是这些事情在这对孪生儿的早期却没有被调查。当有人进行一次调查时，他们的父亲和继母都因犯玩忽罪而受审，这对孪生儿便搬到保护式监管处。很久以后他们被安置在养父母家庭中。

当这对孪生儿7岁从他们父母那儿被带出来时，他们表现出许多严重剥夺和虐待的迹象。例如，他们常常恐惧和焦虑地对很平常的物体起反应，这表明他们完全不熟悉这样的事物。当他们遇到不熟悉的物体时，他们实际上没有显示出任何为年轻孩子所特有的探索倾向。他

们很不信任人而且没有显示出任何交往的语言技能。这时他们还不能以任何正规方式受检验。根据他们的行为方式，他们的心理能力据估计是处在一个近似于两三岁的水平上。

从这时开始，这对孪生儿取得了显著的进步。他们逐渐地发展语言技能并且开始同自己的看管人交谈。最后，人们就能够用标准化的工具来对他们进行测验，他们后来每一年再测验一次。

测验的结果揭示了一些有趣的特征。第一，在智商分数上出现了显著的全面增长，到10岁时这两个孪生儿都接近了平均范围。第二，尽管这对孪生儿完全相同，但是他们的智商分数却并非如此；种种表明他们非常个人主义的观察证实了这个事实。尽管仍然存在着差异，但是，最初他们分数之间很大的差距到他们11岁时就大大地缩小了。最后一点，直到这对孪生儿从他们原先的家中搬走两年后他们的智商分数才出现了最大的增长。在这个时期，他们正在发展后来在很高的智商分数中所显示出的社交、语言以及其他能力。

对这两个孪生儿的继续研究表明尽管他们在童年早期受到了严重虐待，但是他们继续取得了明显的良好顺应。他们成功的其中一个原因可能一直是由于他们这些年一块活下来了，至少他们使自己互相依靠。

无论他们恢复的基础是什么，他们的经历由于两个原因所以很重要。第一，它向这样一种广泛为人们所坚持的信念提出了挑战，即早期经历从根本上决定着后来心理顺应的形式。如果情况果真如此的话，那么这对孪生儿就不可能象他们实际上那样迅速而且根本地发生变化。第二，这种研究明确地强调智商分数并不一定是永久的。尽管这对孪生儿的情况很罕见，但是它确实表明环境因素实际上能够影响社会发展和智力发展。

投射测验

与智力和心理能力测验相比较，投射测验传统上一直是

与人格评价相联系的（拉宾，1981）。它们运用一些要求患者作出反应的意义不明确的刺激。根据投射理论，人们由于缺乏外部结构所以就按照他们自己人格的命令组织自己对意义不明确刺激的反应。因此，对测验刺激的种种反应就表明了风格上、构造上以及知觉处理上明显的个体差异。这些反应都依次与个体人格的诸方面，如显性，潜动机以及冲突区域相联系。这些方法中最广泛使用的有：罗夏墨迹测验，主题统觉测验（TAT）和画人测验（DAP）。

罗夏墨迹测验。罗夏墨迹测验是临床实践中最常用的一种投射方法——虽然它是瑞士心理学家赫尔曼·罗夏于20世纪

专栏：评价少数民族儿童的智商测验的运用

支持运用智商测验的论点	反对运用智商测验的论点
1. 测验分数是现存机能作用的有用指标。	1. 测验具有一种盎格鲁-撒克逊裔白人中产阶级的基础。
2. 测验提供了未来学习成绩水平的有效标准。	2. 国家的标准不合适。
3. 测验对于得到特别服务很有用。	3. 少数民族的儿童缺乏测验实践，缺乏阅读而且不能接触到优势文化。因此，他们在进行测验时就受妨碍。
4. 测验适合于评价学校或特殊方案的结果。	4. 存在着检查者，受试者报告问题。
5. 测验有助于防止儿童的错误安置。	5. 测验结果导致把少数民族儿童安置在劣等的特殊教育中而且在师资上也产生了消极的期待。
6. 测验充当着一种变化的刺激。	
7. 测验提供了一个能力的普遍标准。	
8. 测验有助于使个人学习的努力得到报偿。	

资料来源：摘自杰罗姆·H·萨特勒《儿童能力和特殊能力的评介》第二版，波士顿：阿林和培根出版社，1982，第356，364—365页。

罗夏墨迹测验对于许多心理学家具有很大的情感价值。因为这些墨迹与临床心理学的联系就如同睡椅与精神病学的联系一样密切（也许是具有时代错误的密切联系）。然而，大量的研究多半都没有证实罗夏墨迹测验是人格评价中的一种精确的诊断工具。尤其是各种评分系统的信度都已经受

到了广泛的批评。大量的特异反应解释系统大大减少了这种测验的信度。令人惊奇的是却没有什么人批评罗夏墨迹测验的效度，这主要是因为许多心理学家感到一种设计完善的投射测验可以大大有助于评价而且罗夏墨迹测验又具有许多很好的特点。霍尔茨曼为发展一些更精确的投射方法所做的努力（1956）已经产生了一种没有罗夏墨迹测验许多方法论缺点的墨迹方法。此外，象富尔克森这样着重认知的临诊者（1965）却认为诸如罗夏墨迹测验这样的测验提供了有关患者对意义不明确的反应信息，他们认为这样的信息可以被推广到其他情况中。因此，尽管存在着强烈的批评，但是罗夏墨迹测验和类似的测验都可能会以种种修改的形式继续是评价组的组成部分。

专栏：墨迹摹写

在罗夏墨迹测验中，测验者常常向受试者出示这样的一个墨迹；受试者应该随便地回答，告诉心理学家这些墨迹象什么。根据他们的描述，心理学家就潜驱力，动机以及意识的冲突进行推断。



资料来源：莱斯特·E·莱夫顿《心理学》第二版、第511页，阿林和培根出版社1982年版

主题统觉测验（TAT）　主题统觉测验是一种由一系列象在杂志中所看到的图片组成的投射测验，在这种测验中，患者被要求就这些图片讲故事（卡伦，1981）。这些图片多数都描绘的是处于意义不明确环境下的人，正如罗夏墨迹测验一样，假定人们是根据自己的人格特性、动机和需要来对这种模楞两可的东西作出反应，心理学家亨利·默里为了研究幻想活动最早开始使用这种测验（摩根和默里，1935）。不过，后来试图将幻想同公开行为联系起来的研究，包括斯科尔尼克（1966）广泛的纵向研究，已经证明是无确定结果的。在实际临床实践中，多数心理学家很少依据主题统觉测验作为一种测量幻想活动的方法，而是更多地相信它能够引出有关社会环境中公开行为的主题。假定患者将会识别在卡片上所描绘的各种人物而且通过对自己想象行为的详细说明将会在某种程度上表现出自己在类似环境下的行为。

分别被指定用于男孩子、女孩子，成年男人和妇女的4组30张卡片使我们能够对患者进行测验。由贝拉克（1975）最初使用的一种类似的儿童测验叫做儿童统觉测验（CAT）。

对不同诊断者解释的比较研究发现主题统觉测验缺乏一种公认的评分标准。正如罗夏墨迹测验一样，当评价者按照类似的解释方法受过训练时评分的一致程度就最好（克兰芒茨，1967），缺乏一致性并不一定就促使人们放弃这种或其他的投射测验。许多心理学家感到在一个总的投射假设基础上的解释由于同证实的附加材料相结合所以就减少了对具体评分标准的需要。因此象多数投射测验一样，主题统觉测验尽管存在有可靠性的问题，但是它看来至少具有某种内容的有效

性。对主题统觉测验进行的研究表明这种测验有助于评价患者在他们发现同卡片上描绘的情况相似的环境中的反应方式。对诸如人格特性或幻想活动这样一些思维产物的推论就是一种更加冒险的事情。

画图测验，还有一种投射测验由于其普遍运用因而也值得一提。画图测验作为一种评价综合人格特性的灵巧方法广泛地运用于临床实践，其中最流行的就是画人测验。

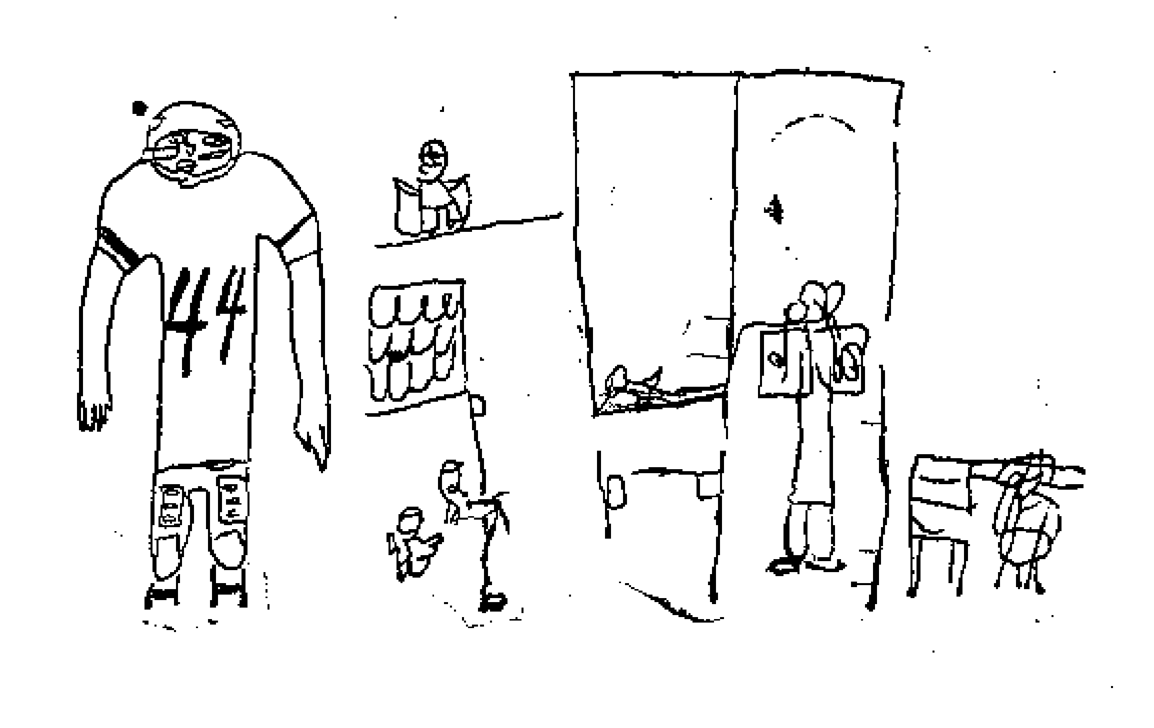


图1　　　　图2

图1．“足球队员”。这个11岁的孩子着重强调他的运动技巧。然而，这个图所产生的印象暗示了这个孩子潜在的恐惧和焦虑，而他堂堂的身体仪表却掩饰了这种恐惧和焦虑。

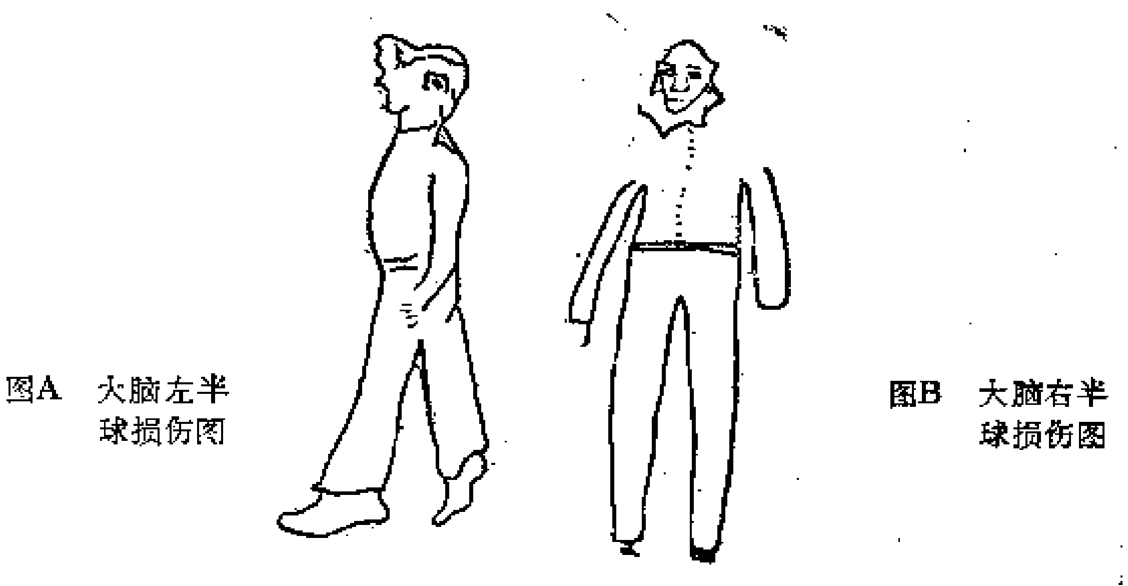
图2．“家庭生活”，一个7岁的儿童虽然具有知觉障碍，但还是用图示描绘了这样一个家庭环境，在这个环境中，家庭成员相互很分离地从事自己的日常活动。

尽管人们早期都承认这些方法，但是后来的研究却没有为这些方法对人格评价的有效性提供什么支持。虽然绘画的综合评价对总的行为方式可能具有某种预言的或经常出现的有效性，但是具体的诊断假设却很难通过画人测验或类似的方法加以证实。然而，在一种完全不同的环境中，画图至少象挑选方法一样可能具有某种诊断的效用。当简单的画图被看成是知觉图解能力的样本时，它就有助于评价脑损伤。沃林顿（1969）发现人形描图的独特方式是与大脑左（显性）半球和大脑右（非显性）半球的损伤相联系的。具有大脑显性半球损伤的患者倾向于绘出虽然很有条理但却很简单的图形。大脑的非显性半球损伤是与看来很古怪的绘画相联系的。这样的图形之所以通常看来不完整，是因为它们缺乏身体各部位之间适当的空间联系。沃林顿的研究只是证实人形描绘或其他绘画的明显损害通常是与大脑非显性半球的损伤相联系的研究的其中一种。

专栏：与大脑损伤相联系的画图

请检查附图。图A是由一个遭受大脑左半球损伤的患者画的。注意，虽然这个图可以承认是人，但是他却缺乏一些小枝节。图B是由一个大脑右半球损伤的患者画的，它缺乏连贯性和协调性。虽然它具有一些小枝节，例如，过多的纽扣，但是这个图却缺乏总体的组织。

大体上，目前的心理评价实践都集中在对实际环境中行为的描述上。因此，人们正逐渐不再使用诸如投射测验这样一些识别潜在人格特性的评价方法。这种从测量所推特性向一种探讨心理学的更具有描述性方法的趋势已经得到了广



图A　大脑左半球损伤图

图B　大脑右半球损伤图

泛的发展而且为米歇尔（1968）和其他人所讨论过。

这种新观点包含了认知理论、发展理论和行为理论的元素，其结果是一个强调内部（认知）过程和环境（形势）事件之间相互作用的概括性行为观点。在这个框架中，对投射测验的反映揭示了某种关于特定测验情况中一个人思维的东西。这种测验的有效性可能取决于测验环境外部该患者行为受其在测验环境内部行为的反映程度。按照这种方法，目前含有投射测验的研究都倾向于比以前更有些注重实用。这种方法的应用很可能会趋于把投射方法的价值证实为环境行为的虽有限但却很准确的样本。

三、自我报导记录表

不象投射测验那样，人格记录表却提出了一些直接的问题，它还限制了诸如要求对（“你睡不着吗？”的是/否回答这样的回答形式。通常患者被指示去决定一个描绘陈述表中有哪些陈述大体上适用于自己。这些问题的回答都被组织成

一些构成评价不同方面行为尺度的答案组。患者在各种尺度上的分数提供了一个纵剖图，这个纵剖图然后就得到诊断解释。目前临床实践中的许多自我报告记录表包括卡特尔16人格因素记录表，加利福尼亚人格记录表以及明尼苏达多相人格记录表（MMPI））（迈耶，1983）。如果说这样的种种测验在内容上不是具体的话，那么它们在形式上也是类似的（伯恩斯坦和尼泽尔，1980）。在哈撒韦和麦金利最初解释测验目的时，他们说（P.3）："主要的标准一直是有效地预测那些与神经精神病医生的诊断相对的临床病例，而不是具有可靠性和有效性的统计方法。换言之，这种测验是用来提高一种等同于熟练诊断者的诊断精确程度的。这种测验包含有550个真假项目，它们都是因在几组精神病患者和正常受试者之间引起最大分歧而被挑选的。测验回答被分成10个临床等级，再加上3个帮助测验者在那个人的回答型式中发现系统偏见型式的所谓有效等级。人们常常以这样一种方式来解释等级以致于高于一种预定标准的分数也被认为是变态的；分数越高，假定的障碍程度就越大。伴随着对高等级分数的常用解释，有效性和临床量表都被列在附栏中（迈耶，1983）。

专栏：MMPI标度和提高的解释

标度名称	高分数的解释
L	试图通过不诚实地回答测验问题来产生一种有利的影响
F	可能表明有病的外观；严重的病状；忧郁，焦虑，不满

K	可能表明有病的外观，防御，抑制，偏执，缺乏洞察力
疑病症	过度身体忧虑，躯体症状，自恋，悲观，需要，危急，长期存在的问题
抑郁症	抑郁，悲观，烦躁，不满，缺乏自信心，内向，过分受控制
癔病	具有机能起源的身体症状，缺乏洞察力，自我中心，悲观，社交困难，需要关心和慈爱
变态越轨者	不合群或反社会，反抗，冲动，不良的判断力，不成熟，产生良好的第一印象，表面的联系，爱寻衅，摆脱心理混乱
男子的气质—女子的气质	男子：艺术兴趣，男性角色的不稳定，创造性，良好的判断力，敏感，被动，依赖，良好的自我控制 女子：拒绝传统的女性角色，男子的兴趣，武断，竞争，自信，合乎逻辑，冷漠
偏执狂	可能表现出症状明显的精神病行为，多疑，敏感，不满，投射，文饰，说教，僵化
神精衰弱	焦虑，忧虑，担忧，不能全神贯注，沉思默想，困窘，强迫，不稳定，缺乏自信心有组织，固执，决策有问题
精神分裂症	可能具有思维障碍，孤独，自我怀疑，感到被疏远和不被接受，模糊不清的目标
轻性躁狂	过度的活动，冲动，缺乏方向，不现实的自我评价，不足的挫折耐性，友好，操纵，抑郁的事件
社会内倾性格	社会上的内向，害羞，敏感，过分受控制，

遵从，决策有问题

资料来源：J·R·格雷厄姆《明尼苏达多相人格记录表》，载B·沃尔曼（编）《心理障碍的临床诊断》（纽约：普伦纳姆出版社，1978）PP.316-319。

自1948年以来，明尼苏达多相人格记录表已经得到了广泛的发展和精练。然而，正如克兰芒茨（1967）所提到的，虽然明尼苏达多相人格记录表常常能够把正常群体同临床群体区别开，但是它在对具体临床障碍的鉴别诊断中的成功也没有被证实。最近，研究已经促进了在这两个最高的等级高度基础上解释策略的运用，据说这种运用可以提高鉴别诊断的准确性（卢万多斯基和格雷厄姆，1972）。

当前，明尼苏达多相人格记录表得到了普遍的临床运用，除了投射方法之外，它也许是最常用的人格测验。它是诊断信息的一种便利来源，因为当它与其他评价材料一同使用时，它能够根据经验来证实种种印象。

四、行为观察

在自然环境中对行为的系统观察是一种很有效的评价工具（科恩和福斯特，1982）。在惯常的环境中观察人们常常使临诊者能够识别那些与变态行为方式相联系的而且也许能够得出变态行为方式的环境因素。行为主义的拥护者由于其强调环境因素在发展和维持行为中的作用，所以他们就坚决提倡行为观察。许多不是热情行为主义者的临诊者也在自己的评价程序中包括了行为观察。

有两种基本的行为观察方法：第一种有时叫做自然主义观察，它是指在其自然环境中观察行为。例如，为了得知更

多的有关一个儿童社会发展水平的情况，临诊者可能在整个学日的不同时间观察这个儿童。自然主义观察指的是持续活动的最小破坏，它旨在获得对行为以及影响行为的因素的现实印象。虽然当人们认识到自己正在被观察时他们可能会改变自己的行为（坎贝尔和斯坦利，1963），但是多数人最终都习惯于某一观察者的存在而且不过度地受其影响。

第二种行为观察更有结构性，因为临诊者能够更有效的控制所观察的环境和行为。帕特森及其同事(帕特森,1971)在处理搅乱的家庭时曾有效地运用过这样有结构的行为观察。例如，根据观察一次某一麻烦问题的家庭讨论，观察者能够了解到许多有关家庭成员之间互动方式的情况，而且它还能够帮助识别交往中止的地点。

自然主义的观察方法和有结构的观察方法都能够帮助揭示人们惯常的环境影响他们行为的方式。此外，这种评价方法至少在另外3个方面特别有助于临诊者。首先，在系统观察基础上的记录有助于澄清现存问题的性质和严重程度。例如，一个溺褥孩子的父母所保存的详细记录可以告诉临诊者只有在父母中的一个人出公差不在家时而且只是在夜晚这种问题每星期平均发生4次，而且常常是连同夜惊一起出现的。有关这种情况的具体信息有助于临诊者和父母更完全地认识这个现存问题的实际严重程度，认识有助于维持这个问题的环境。第二，行为观察能够在治疗开始之前提供基线材料——通常这些基线材料都是在评价阶段收集的——因为与这些基线材料对照，我们可以比较治疗期间和治疗之后行为的变化程度。第三，观察材料常常有助于临诊者系统地提出对成问

题行为的实际回答。正是通过其自身的性质，观察才减少了空洞的推论。

假定评价者受过适当的训练而且被观察的行为受到了清楚地说明，那么我们就很容易在行为评价上取得高度的一致。如果观察应该是有意义的话，那么毫无例外，进行系统行为观察的方法强调的就是需要一种细致的系统方法。遵循着这些原则，西德尼·比米为处理儿童提供了方针（比米和雷德，1975），厄尔曼和克拉斯纳（1965）也开始使用了一种探讨童年和成年变态行为的综合方法。

第五节　评价和参预之间的关系

前面对评价方法的讨论证实了临诊者可以运用的广泛的信息。一次心理评价可以单独或联合使用访谈，心理测验，记录表以及行为观察。附栏总结了一些这样的方法。

最终，这种信息必须被组织用来准确地反映一个患者的问题和治疗需要。临诊者所运用的具体方法和他们提出自已结论的方式主要反映他们特殊的理论倾向。例如，斯汤奇精神分析学信徒可能几乎完全依靠访谈材料，特别是那些处理患者早期发展的人。另一方面，着重于行为的临诊者将倾向于强调观察材料和调查表回答的重要性。如果他们要进行访谈或正规测验的话，那么他们就可能会把这些结果主要当作行为的样本，而与这些方法要评价的人格特性无关。着重于人本主义的治疗者可能会完全放弃这种诊断过程，因为分类的过程和诊断标号正在丧失人性。然而，当他们集中研究每

一个患者所表现的独特的个性形式时，他们也可能会广泛地运用一系列不太正规的评价方法。

专栏：典型的评价方法

访谈：1.参与访谈　　2.心理状况检查

心理测验：1.　智能，心理能力

（1）斯坦福-比奈智力量表

（2）韦斯克勒成人智力量表

2.　投射测验

（1）罗夏墨迹测验

（2）霍尔茨曼墨迹测验

（3）主题统觉测验(TAT)

（4）儿童统觉测验(CAT)

自我记录表和调查表：

1.　明尼苏达多相人格记录表(MMPI)

2.　卡特尔16种人格因素记录表

3.　加利福尼亚人格记录表

行为观察方法：

1.　自然主义观察

2.　有结构的观察

根据一种实用主义观点，评价的关键在于精确收集解决手头问题所需信息的类型和数量的能力。因此，许多临诊者开始把评价看成是相对于传统理论倾向而独立存在的一种解决问题的过程。如果我们要取代这些不同的观点，我们就必须不断地认识到心理评价程序的信度和效度是通过使用多种多样的方法来提高的，因为每一种方法都专门用来典型地调查

行为的很具体的方面。罗夏原始记录和人形描图被看成是解释一个人人格的答案的时代已经过去了。仅仅根据智商测验分数来决定学额的做法也不再合适了。总之，心理评价正在变得更加注重实用，更加依靠经验而且对社会和文化因素对明显行为的影响更加敏感（迈耶，1983；科恩和福斯特，1982）。如同DSM-Ⅲ的倾向所说明的那样，这个趋势实际上在所有心理保健学科中都十分明显。心理障碍的分类更多地根据具体的诊断标准而更少地根据对那些传统上集中于这种情况的病原学的理论观点的广泛论及。结果，评价正在成为一种更加精确的活动。也许将从这种趋势中得到的最大的唯一利益是在参预计划的范围中，因为参预计划毕竟是评价的原因。随着人们日益准确地对变态行为方式的详细说明，适当的参预也就更容易说明了而且其有效性也更容易评价了。下一章要讨论的是一旦评价过程是完善的人们就可以进行的治疗类型。

跨文化变态：抑郁表现中的文化差异

虽然在多数文化中我们都发现有抑郁，但是在它的发生率和其行为迹象对别人的显示方式上都存在着很大的差异。在诸如传统的日本人，北欧人，多数美国子群体以及拉丁美洲人这样的各种群体中，抑郁是很常见的，但是在象加拿大籍法国人和乡村非洲人这样的另一些不同群体中它却很少。

在不同文化中，在抑郁的发现形式上存在着特别明显的差异。在一次对美籍日本人，美籍华人以及美籍高加索人男女大学生的研究中，马西拉（1980）观察到美籍高加索人更有可能表现出存在的抑郁症状（例如，失望，在生活追求中失去意义），同时美籍日本人却表

现出更多的人际关系迹象（例如不想围着别人转），这明显地反映在传统的日本文化中人们都非常害羞。而美籍中国人和大陆中国人都对一组用浮夸的语言表达心理忧伤或现存抑郁的人产生消极的反应。他们把这些表现看成是软弱的标志。因此美籍华人在转述抑郁时倾向于强调身体症状（例如胃痛，睡眠问题），因为身体症状更有可能从家庭和同伴中得到积极的反应。与此相类似，多数传统的阿拉伯人文化显然报道的抑郁程度很低但却显示出相应的身体症状。一个阿拉伯人群体变得越西化，其成员报道的现有抑郁就越多（马西拉，1980）。

Susto是指“失魂落魄”，它同抑郁密切相关。在美国西南部以及尤其是在南美洲的安第斯山脉地区的国家，它是西班牙美国人中间的一种为人们所广泛认识到的综合症。它同一种表示出焦虑的抑郁症很相似，它通常表现在软弱、抑郁和焦虑症状的感情中（见第六章）。生活挫折，打破戒律，害怕魔法或巫术，或者其他的具体事情通常引起失魂落魄（马西拉，1980；茨恩格和霍苏1980）。

本 章 要 点

1． 心理评价提供了很客观的刻画变态行为特性的方法。

2． 虽然许多心理障碍被看成如同身体疾病一样，但是它们却反映了通过利用疾病类比也不容易分析的注重实用的顺应问题。

3． 评价不仅仅是包括简单地诊断一个特殊情况。它而是一个使临诊者能够对自己患者的幸福作出非形式决定的信息收集过程。

4． 作为非形式决策的广泛的评价概念是同治疗的多重

模型方法相联系的。

5．诊断术语在评价过程中经常使用起源于系统描述失调行为方式的需要。

6．美国精神病学会的《心理障碍的诊断和统计手册》的第三版被称作DSM-Ⅲ，它是使用最广泛的心理障碍分类系统。它运用一种多轴分类系统，利用5个尺度或轴来描绘变态行为的方式。

7．心理评价方法可以根据诸如信度和效度这样的统计因素来加以评估。信度是指测验结果的一致性；效度涉及的是某一测验对某一特性或能力的实际评价程度。

8．临诊者使用多种评价程序，最常见的有访谈、形式测验，自我报导记录表和系统的行为观察。

9．临诊者不仅把访谈广泛地运用于评价而且还把它用来作为多种治疗的一个基本形式。

10．心理测验可用来评价广泛的能力和技巧。在临床实践中最常用的是对智能很有结构的测验和测量人格和社会特性的很随便的方法，它叫做投射测验。

11．自我报导记录表常常用来构成心理特性的外观。这些记录表由许多是/否（Yes/No）问题组成，其中每一个问题都与这样一个或更多的量表相联系，即它或它们提供了一种评价某一特性或特征出现程度的方法。

12．系统的行为观察方法已经日益为临诊者所运用了。观察方法已被指定用于个人和象家庭这样的群体。当观察方法连同其他评价方法一起使用时，它们常常有助于证实由测验回答得到的印象或假设。

13．评价过程包括由那些具有许多理论主张的临诊者所运用的各种方法，最终，任何心理评价的成功或失败，必须由其促进适当的参预策略的成就来断定。

第四章 治疗方法

第一节 治疗问题

本章详述了治疗者可用的各种方法。使用各种治疗方法来治疗一个单独的患者叫做多重方法或多重模型治疗（迈耶，1983；拉扎勒斯，1981；亨德里克斯和迈耶，1975）。

治疗方法的范围

治疗方法有许多不同的范围，其中两个重要的方面是身体侵入和心理强迫。在某种物质形式或能量为了引起令人满意的治疗变化而必须进入身体系统这个程度上，治疗从身体上就是侵入。根据这个定义，电痉挛治疗（ECT）和心理外科手术都是最有侵入性的治疗方法。为了产生治疗效果，这两种方法都需要对心理系统的严重身体损害，需要破坏大量脑组织的旧的心理外科手术方法要比现代的一些使用激光和微波波束来破坏选择的组织场所的方法更具有身体侵入性。从技术上来看，虽然电睡眠疗法也具有身体侵入性，但是由于穿过大脑前部的电流是微不足道的，所以它本身并没有被归入此类。

在治疗不需要患者有意识的、主动的选择来获得治疗效果的程度上，治疗从心理上是强迫性的，虽然所有的身体侵入治疗在心理上也是强迫性的，但是还存在有许多没有身体侵入性的在心理上是强迫性的疗法。例如，催眠以及多数人

所认为的厌恶疗法。有人可能认为厌恶疗法也具有身体侵入性，因为人们常常使用电休克。但是在那种治疗中电休克是不必要的；因为治疗者相反可以使用想象上引起的厌恶作为厌恶的活动。

有5种主要的身体侵入疗法：心理外科手术；电痉挛治疗；化学疗法；血液渗析法以及大维生素。后两种被认为比其他疗法所具有的身体侵入性要少。血液渗析法（过滤血液）虽然改变了血的组成和化学性质，但是没有真正直接地损坏组织。大维生素疗法试图通过身体的自然治愈能力而起作用，但是作为一种药物，它仍然具有身体侵入性。

高度的心理强迫疗法是：催眠；生物反馈；厌恶疗法；系统脱敏法；安慰剂；电睡眠疗法；行为矫正治疗；象征性组织；理性情绪治疗；社区心理学。而多数社区心理学的提倡者都不愿认为自己的方法具有心理强迫性。然而，无论是社区心理学还是使用安慰剂治疗都是试图通过改变患者环境中的条件来改变患者，而不必然含有患者有意识的决定。尽管认知行为的改变方法多数都是非强迫性的，但是我们之所以包括理性情绪疗法是因为它直接侵袭了患者的信仰系统而不是非难或怀疑患者的信仰系统。

心理强迫性最小的治疗方法是：弗洛伊德的心理疗法；新弗洛伊德和动力学心理疗法；患者中心治疗；人本主义和存在主义心理疗法；行为约束；自信训练；认知行为改变（尤其是凯利和贝克）；以及多数家庭和团体疗法。我们首先来讨论身体强迫疗法，然后再来讨论心理学方法。

第二节 物理疗法（理疗）

一、化学疗法

化学疗法是指规定具体药物来实现某一个治疗目的。在心理障碍领域中，它一直主要用来治疗焦虑、精神分裂症、躁狂症、抑郁症、酒精中毒以及一些童年障碍。所用的药物随所治疗的障碍而变化（见专栏）。在后几章中我们将伴随着它们的益处和副作用来讨论这些药物。

尽管化学疗法对于治疗某些障碍可能是一种有用的附属物，但是它常常具有一些成问题的生理副作用。由于它使用这样一种治疗，即在这种治疗中结果与患者的反应或决定没有什么关系，所以还存在有潜在的消极心理副作用。这样一种方法加强了患者的知觉以致他们不能为了解决自己社会生活中的问题而有效地行动。

然而，许多患者感到如果不给他们开药的话他们就没有受到真正的治疗。这样的患者常常对安慰剂的反应很消极，因为它们是作为实际药物而提供的无毒的或无效的物质。与此相类似，如果有些患者得到的是昂贵的药物而不是廉价的同样物质，那么他们就报告更多的改进。不知怎么地更大的代价导致了这样一种信念，即他们正在接受一种更加有效的治疗。这种治疗也必然产生自我治愈的行为。普遍使用药物的危险和依靠药物作为一种反对心理障碍手段的危险，在滥开药物的综合症中得到了反映，我们将在第十二章中更详细

地讨论这些危险。

二、电痉挛治疗(ECT)

1781年，国王乔治三世的医生W·奥利弗在英格兰意外地使一个患者过量服用樟脑而造成痉挛。奥利弗认为这种痉挛导致了身体和心理的改进。很久以后，乌戈·塞尔莱蒂观察到在杀猪之前猪休克了，此后他于1938年提出使用电休克来引起痉挛的想法。尽管有一些精神病学家有时仍然使用一种药物（例如，胰岛素）来引起痉挛，但是多数精神病学家现在都使用的是电痉挛治疗，因为它为治疗者提供了更多的控制，这个技术在于通常给两个太阳穴（双边的）施加大约一秒钟的约130到160伏特的电流。

然而，塞尔莱蒂并不是第一个把电休克当作一种治疗剂使用的人。迪奥斯科里兹——一个为罗马帝国军队服务的希腊外科医生——最早根据电鲬（一种产生足够的电流使一个人晕眩但却没有一种电鳗鲡力量的电射线鱼）提出了用电休克作为一种治愈头痛的方法。患者要么站在这个活鱼身上，要么它就是碰击着患者的太阳穴（哈佩，1979）。

有关电痉挛治疗怎样导致最终的心理变化的理论多达50种(布莱克利，1977)。布莱克利坚信电痉挛治疗的价值，他提出电痉挛治疗可以造成一种“皮质性欲高潮”；然而，在电痉挛手术后照管单位中的患者很少象精疲力竭的情人。

有一种对据报道因电痉挛治疗产生的变化所进行的合理解释还没有为人们所充分地考虑到，这就是宽慰话现象：即治疗者和患者的信仰导致这种变化。弗里德伯格（1976）在一

家英国医院注意到这种现象的证据，在那里，在有人证明电痉挛机器在那个时期还未起作用之前就有一台电痉挛机器“很成功了”而且始终如一地使用了两年；患者根本没有接收任何电流。兰伯恩和吉尔（1978）曾报道了一个具有类似结果的试验研究，一群严重抑郁的患者（那些被认为是最合适于电痉挛治疗的人）有一半都受到了真正使用一种电流的治疗。另一半人仍然经历了种种没有通过机器释放电流的程序。而在恢复率或其他心理因素上没有任何差别。很少有迹象表明电痉挛治疗对治疗精神分裂症有效，而电痉挛治疗最初就是应用于精神分裂症的。不过，多数临诊者都赞成电痉挛治疗对于治疗严重的抑郁症是有效的。

副作用

有一种理论坚持认为电痉挛治疗之所以有助于抑郁者，是因为后来他们记不得自己为什么应该感到内疚。如果是正确的话，那么这个解释就同那种认为电痉挛治疗能够造成脑损伤的断言是一致的，尽管诸如劳克（1979）和布莱克利（1977）这样的提倡者试图否认这种损伤。脑组织损伤的可能性似乎是很自然的：无论两个电极是放在头部的同一边还是两边各放一个电极，它们都趋于通过颞颥叶放电，因为它们含有最不稳定的皮质。海马结构很密集，它们对于记忆的形成和保持至关重要。实际上，所有曾卷入电痉挛治疗的治疗者和患者都一致认为电痉挛治疗造成了严重的短期认知混乱和记忆丧失。尽管有一些研究表明对记忆或智力没有任何长期的影响，但是那些研究通常缺乏控制而且在一些不太可能出现电痉挛治疗的范围内也常常被衡量有损失。

虽然许多实践者都惯常地否认存在有任何损伤，但是欧文·贾尼斯的一项重要研究（1950）却反驳了他们的断言。后来，另外两项研究（斯夸尔和蔡斯，1975；斯夸尔等，1981）证明了戈德曼·戈默和坦普勒（1972）所断言的一个结果，即电痉挛治疗还减弱了获得新记忆的能力。虽然在治疗过程中给氧可以减少这种破坏性，但是那却没有消除损伤的主要根源，即通过电流对大脑的绝对损害（弗里德伯格，1975，1977）。一位颇受尊敬的神经心理学家卡尔。普里布拉姆曾说过："我宁愿进行一次脑叶切断术也不愿进行一系列电痉挛休克。在一系列电休克之后，我只知道大脑看起来象什么而它让人看了很不愉快"（1975，P.23）。

三、心理外科手术

心理外科手术试图通过破坏脑组织来改变或控制情绪和行为。它通常比电痉挛治疗引起的争论要少，其原因有两点。第一，它不太常用。心理外科参预的数目大约每年1500次，同所实施的电痉挛治疗相比，它几乎是无足轻重的。第二，心理外科手术对身体和行为的影响要比电痉挛治疗的影响更清楚：脑损伤的出现对治疗效果十分重要，象所有的外科学一样，这个程序很明确具有侵入性。

美国的第一次心理外科手术是于1936年进行的。在后10年中，估计美国有6000名患者作了心理外科手术。总的成功率普遍都很低。20世纪50年代传统的心理外科手术名声扫地，到1960年它实际上作为一种治疗方法被抛弃了。

最近，人们之所以又对心理外科手术产生了兴趣，主要

是因为科学技术现在容许破坏少量的组织，而且相应地具有较小的副作用。激光射线或前额音波治疗的运用常常叫做PST或超声波，例如，它虽然可以产生选择的治疗损伤但是却使血液供应完整无缺而且使纤维系统没有受到干扰。

尽管心理外科手术看起来非常有助于治疗抑郁综合症，但是没有人知道到底心理外科手术是怎样减轻抑郁综合症的（特罗特，1976）。通常心理外科手术旨在损伤大脑的那些被人们相信控制特定行为反应的部位。然而，至于大脑的哪些部位控制行为，甚至是否大脑的具体部位实际上确实控制着具体反应，还普遍继续存在着争论。此外，由特罗特（1976）所引证的两个研究小组注意到安慰话的作用不能被排除；许多患者用类似宗教的术语描述了自己的复原情况，而且都专心于自己的外科手术。无论是治疗研究者还是患者都可以受到安慰话现象的影响。心理外科手术应该被看成是一种将作为最后一招的试验诊断程序（特罗特，1976）。

四、血液渗析疗法

血液渗析疗法即使用一种人工肾机器来消除血液中的中毒性质，它是一种治疗缺肾或肾功能失效者的传统方法。它还曾用来治疗精神分裂症。在理论上，它可以应用于这样的任何一种心理障碍，即在这种心理障碍中，血液中的任何一种有毒元素都被假定是一种临时的或维持的因素。

五、大维生素疗法

大维生素疗法简单地说就是使用大剂量的特定维生素，

通常是维生素B。似乎某些心理障碍在某种程度上反映了生物障碍，而且这种生物障碍可能与一种营养障碍有关。不过，只有一些大维生素理论的支持者才报道了积极的结果，通常是治疗诸如精神分裂症和孤独症这种障碍的积极结果。这些结果在公正观察者的系统研究中还没有得到证实（班恩、莱曼和多伊奇，1977）；（伯恩海姆和卢因，1979）。

待考察的问题：有情报根据的赞成

有情报根据赞成的问题虽然在任何治疗程序中都很重要，但在电痉挛治疗和外科手术中尤其重要。在有情报根据赞成次序中的第一阶段是对所考察程序的代价——利益分析，而在那种分析中的第一个问题即是否这个程序还起作用。尽管人们普遍地都同意电痉挛治疗对于严重的急性抑郁症很有效，但是它却不适合选择用来治疗精神分裂症，神经症或其他多数障碍。主要的代价就是可能渐增的脑损伤。

这些代价因取决于个人的处境而有所不同。著名作家欧内斯特·海明威就是一个遭受意外代价的人。

1960年12月，海明威在明尼苏达州罗切斯特的梅奥诊所就经受了

另一些问题可能使有情报根据赞成的问题更加复杂化。当存在有关于一种治疗如何生效或出现什么副作用的争论时，如同电痉挛治疗和心理外科手术一样，一个受损伤的患者后来还有什么力量源泉呢？如果不存在公然的滥用，那么在多数学科的专业人员就不愿意上前提供限制某一同事的必要证据。这种“保持沉默的密约”作为一种反对过度治疗失当讼诉的防御物在传统医学中是很常见的。

因为当一个有情报根据赞成的详细内容实际呈现给患者时，它们后来可能很难证实，所以人们正越来越多地奋力使用书面的而且是可理解的有情报根据的赞成形式。有一个电痉挛治疗的提倡者（布莱克利，1977）把这些形式称作“我们可怕的有情报根据的赞成形式。”另外一些人遵循着《爱丽丝漫游仙境》的逻辑断定对潜在危险的种种解

法使患者一天睡到20个小时，睡眠从几天到二个星期，这种方法几乎象尼日利亚约卢巴部落的医治者所使用的方法一样（普林斯，1980）。它的作用是打断任何持久的自我毁灭的生活方式。但是这种方法除此之外再也没有任何别的优点，而且它有时还导致了死亡。

第三节 心理疗法

一、心理治疗

心理治疗是多数心理疗法的一个主要组成部分而且是物理疗法的一个有用的附属物。从广义上来说，心理治疗可能指几乎任何心理疗法。而在本文所用的狭义上来看，心理治疗指的是一个患者和一个合格的专业人员卷入“一种被指定用来纠正那些已证明有问题的感情、情况、态度以及行为的人际间的关系过程中”（斯特拉普，1978，P·3）。这是一种几乎多数人都认为是与一个心理学家或精神病学家协力的“谈话疗法”。在进行心理治疗期间的讨论范围取决于诸如特定的有关问题，患者的言语表达能力以及治疗者的理论见解这样一些因素。

多数人都同意心理治疗至少还是有些效力的。但是，1952年汉斯·艾森克通过发表了他断言证明有72%的神经病患者在没有心理治疗的情况下即通过“自然缓解”也恢复了的材料而导致了一场持久的争论。在随后的几年中，出现了对艾森克结论的重要批评；包括某些表明他的原始资料不准

确的证据。伯金（1971）总结了艾森克作品中的许多重大缺陷而且提出明确的证据表明在对受虐待的精神病患者进行的长期持续的研究中，自然缓解的情况只有30%左右。

另一些人提出了证实心理治疗有效性的明确证据（斯特拉普和哈德利，1979；史密斯等，1980；布伦纳，1982；兰德曼和道斯，1982）。在一个特别重要的研究项目中，史密斯和格拉斯（1977）详尽地评述了以前所有关于心理治疗的研究，然后他们只挑选了那些合适的研究项目（即他们排除了个案报告和一系列个案研究）。对剩下的400个控制的评估研究所进行的分析为证实心理治疗的有效性提供了重要统计证据。他们的材料表明典型的治疗患者要比至少是75%的具有同等程度障碍的未治疗者更富有。后来的研究（史密斯等，1980；兰德曼和道斯，1982）阐述了这种支持的证据。另一些研究（奥尔布里奇，1977；史密斯等，1980）提出了有力的证据表明心理治疗通过恢复和预防可以有效地减少严格的身体问题中障碍的数量和持续时间。

在多数情况下，认识和使用一种以上的方法对于产生最理想的变化是必不可少的。患者和治疗者身上的某些品质也增加了积极变化的可能性。下面我们来讨论这其中的一些因素。

患　者

多数治疗研究都已经表明患者最初的障碍程度是变化的一个主要预报因子（普罗查斯卡，1979；史密斯等，1980）；那些起初没有什么障碍的人更有可能改善。此外，对自己的个人活动表示出高度不满而且十分相信治疗功效的患者就表明

了更大的进展。这种倾向仅仅由这样一个事实就可以产生，即这样的患者倾向于进行更长时间的治疗（普罗查斯卡，1979）。

有趣的是，甚至在一种互动没有产生实际变化时，人们还将奋力地去理解它。几年前，肯尼思·马克·科尔比和霍勒斯·埃尼（1967）把一台计算机编制成象一个治疗者一样的行动程序。当有人坐在控制台边打出象“我近来真的很焦虑”这样一些话时，那台计算机就用“告诉我那件事”这样的话回答。虽然有些人报告说感觉好些了，但是没有任何迹象表明实际的变化。尽管在其他方面存在有说服他们的种种试图，但是他们多数人都坚持认为在控制台后面坐有一个人而且在用打字机打出回答他们的答案。由于他们渴望感受到一种治疗关系，所以他们就试图把这些事实朝那个方向上推。

治疗者

不仅治疗者在各种心理治疗方法上所具有的专长水平是成功治疗中的一个关键变量，而且研究还证实了这样一种思想，即一些治疗者比另一些治疗者更好（斯特拉普，1978；布伦纳，1982）。首先，期望自己的患者取得进展的治疗者具有较高的成功度。以下所讨论的是一个好的治疗者所具有的两个决定性品质。

客观自我意识，治疗者不仅要注意和认识到患者所提供的直接信息，为了对信息的完备性和现实性作出反馈，他们还必须意识到自己对那种信息的心理反应(布伦纳，1982)。虽然热心关怀的朋友可能是有益的，但是友谊中所包含的联

系和共同契约使客观性几乎成为不可能。保持这种关系的欲望是一种强大的偏见力量。

例如，在一次心理治疗中，我们观察到那个患者敏锐地

2. 精神发泄，即被抑制情感的表现，在心理动力学疗法和格式塔疗法中特别重要。

3. 选择，它一贯地强迫患者对自己的行为后果负责，它特别代表着对抗疗法，现实疗法以及存在疗法的特性。不过作出选择在任何疗法中，包括在行为疗法中都是一个关键点。

4. 行为刺激控制，为了控制行为变化，它处理着各种环境和刺激条件，它在行为疗法中采取诸如信号觉察论，代换券制以及厌恶条件反射这样的各种形式。

而且常常是很艰巨的任务，在某种程度上是因为存在着各种妨碍患者进步的心理障碍。这些因素叫做阻抗区，在治疗中我们不仅要正视它们而且还必须穿过这些阻抗区。

对移情反应的分析是精神分析疗法的一个关键特征，它有助于驱散这些阻抗。在移情中，患者根据过去积累的信仰体系和态度在一种现存的关系中不合理地做事。反移情是治疗者身上的同一种现象，它是一种假定治疗者将在训练治疗中制定出的现象。《梦的释义》不仅有助于分析移情而且在精神分析疗法的其他方面也十分有用。

患者每周有5天要进行心理治疗，每次约持续一个小时。标准的分析治疗可以继续从1年到10年，也可能会更长。正如第三章所提到的，由于精神分析太长而且代价太大，再加上它没有提供任何明确地表明它比别的方法更有效的证据，所以它受到了批评。虽然这些批评总体上来看都有根据，但是我们应该在以下两个要点的前后关系中来考虑这些批评。第一，虽然许多治疗方法试图通过消除症状或冲突把患者回复到一种平衡的状态，但是精神分析目的在于大规模地改变将会使患者比我们文化中的多数人更能够对付生活的总的性格结构。第二，精神分析治疗的目标并不一定就是该词普通意义上的幸福，相反，它的目标在于更清楚地认识到对自己的生活作出决定。正如过去和现代许多宗教领袖所讨论的以及在佛陀的一句名言“我从正常的完全觉醒中得到的并不是最不重要的东西，正是由于这个原因，它才称作正常的完全觉醒”（瓦次，1957；P.126）所描述的那样，这种状态与启蒙的经历并没有太大的差异。

荣格精神分析

理论和方法的变化把精神分析扩大成为新弗洛伊德方法，然后又扩大成为更不正统的心理动力学疗法。新弗洛伊德学派的治疗者虽然大体上都遵循弗洛伊德理论，但在某些论点上有所差异。首先，他们不太注视性别。卡尔·荣格1913年同弗洛伊德绝交了，而由他培养的精神分析学派的治疗者集中于释梦和他称之为集体无意识的东西，这种集体无意识是一套为大家所共享的共同遗传记忆。强调梦是一种解决问题的象征性试图或者是指导信息，这都是同在诸如希腊睡眠圣堂和美国印地安部落的仪式这样的各种环境中使用梦的传统治疗是一致的（普林斯，1980）。荣格的信徒还更多地集中分析了患者心灵上的渴望，因此，他们就比多数精神分析者更着重于未来。

阿德勒精神分析

艾尔弗雷德·阿德勒于1911年同弗洛伊德绝交，虽然他还遵循弗洛伊德的原则，但是他却更集中于患者活动的社会和人际关系。弗洛伊德的治疗法是人内部的，同时阿德勒的疗法更多是人与人之间的。阿德勒学派的治疗者更少地集中于无意识和性别冲突而更多地集中于意义的需要和选择未来的自由，这种倾向在后来海因茨-科哈特（1977）对发展“健康自恋”需要的强调中得到了证明。

阿德勒心理学多年都没有什么势力。然而，在过去的10年中，人们已经重新对①通过作出自己的决定来“完善自己”的需要，②创造性选择的概念以及③种种决定的人际关系产生了兴趣。因为阿德勒疗法集中在这些问题上，所以它

特别适合于解决今天的生活困难。在这个意义上，阿德勒疗法不仅是精神分析的而且同样也是人本主义的。

在精神分析学派治疗者的数量增加的同时，新弗洛伊德学派的治疗者的数量却逐渐地减少了。尽管心理动力学派的治疗者仍然受弗洛伊德理论的影响，但是他们在自己方法的性质上是不同的（刘易斯，1981）。这种歧异是多方面的。例如，哈里·斯塔克·沙利文和埃里克·埃里克森发展了阿德勒对人际关系的强调，这样社会心理学原理就成为一个重要的信息源。同时，他们也减少了以前的精神分析学家对早期童年经历的强调。治疗时间的结构和治疗时间的长短也都不怎么重要了。由于他们的影响，结果在当今美国的许多领域内，我们实际上都不可能找到一个传统的精神分析治疗者。

直接分析法

直接分析法由约翰·罗森(1953)首创，后来又由诸如伯特伦·卡罪恩（1976）这样的另一些人进一步发展，它是一种独一无二的现代心理动力学疗法。直接分析的治疗者不是去等待患者（通常是具有严重障碍的患者）产生自己的顿悟，而是提出自己的解释并且向患者直接陈述这些解释。这些解释集中于诸如幼儿性别这样一些“原始冲突”领域和对遗弃和/或被冲动所压倒的恐惧这些问题上，通过提出生动的图示解释，治疗者常常用通俗的语言而不是用科学研究中所使用的文雅术语带来了想象的积极利益——不只是以言语为基础的思想，即这些思想是看得见或通过听觉增强的思想（克赖茨-克里斯托夫和辛格，1981）。第九章就含有这样一个治疗者与患者相互作用的例子。

相关疗法

相互作用分析（TA）和原始的尖叫疗法虽然在治疗种类上不一致但它们却都类似于心理动力学疗法。例如，原始的尖叫疗法是根据精神发泄原则而起作用的，这个原则是指释放由以前的冲突所产生的情绪具有治疗作用。

相互作用分析（TA），相互作用分析常常有助于分析人际相互作用，使用这种方法的治疗者把这些相互作用看成是由父母、成人和儿童这3种自我状况中的任意一种引起的（这明显地类似于弗洛伊德的超我，自我和伊特）。

相互作用分析强调的是生活原本或叫个人生活过程中所积累的行为模式和期望，它们其中有些可能是无效的。例如，埃里克·伯恩的《人们所做的游戏》一书（1964）就为人们之间这样的相互作用模式提供了一套有趣的名称，它还对某些由疾病引起的行为进行了有趣地描绘。第十七章将讨论这些游戏的例子。

原始尖叫疗法，原始尖叫疗法使患者处于这样一个位置上，即在这个位置上，他们可以实现一种十分显著的对情绪原始的实质性释放（精神发泄）。原始治疗可能会被描述成为一种回复的方法，因为它使人们接触到最初在早期童年所引起的感情。精神发泄的感受有助于使患者接触到他们以前曾意识到冲突的另外一些方面。尽管原始尖叫疗法是一种有潜在用途的方法，但是它却生动地说明了一个孤立方法的组成部分怎样才能不合理地发展成为一个完整的方法。使用一致研究方案的公正研究者还没有证实它的有效性。

三、行为疗法

象约翰·沃森这些人的行为理论已经发展成为在此所讨论的新行为主义者具体的行为疗法。后来，这些疗法同认知理论原则和社会学习理论原则一起合并成为认知方法（我们将在另一小节中讨论）（卢茨克和马丁，1981）。

系统脱敏法(SDT)

到最多的刺激，这些刺激是由对引起焦虑事件的描述所组成的，这些刺激依次被介绍给患者。当患者由于对任何一种刺激产生反应而开始感受到严重的焦虑时，他们便报告治疗者，因为治疗者重新介绍了一种刺激。在此的这种假定是指放松的状态更容易克服那些逐渐增加充满焦虑内容的刺激（马修斯，1978）。尽管在一个整齐且明确的层次是否重要这个问题上实际存在有某种争论，但是大多数运用系统脱敏法的治疗者确实已构筑了一种层次（马克斯，1978）。大量的文献都表明系统脱敏法对于治疗儿童的恐惧症、性问题、社会恐惧以及学校焦虑都是一种重要的治疗因素（马克斯，1978；马修斯，1978；卢茨克和马丁，1981）。

行为矫正疗法

行为矫正疗法是以倾吐疗法为基础的（见第二章），它主要是一种行为治疗方法。与系统脱敏法相比，使用行为矫正疗法的治疗者试图找出焦虑的最高值。使用行为矫正疗法的治疗者通常要求患者想象那些十分惹人注目的体现恐惧刺激的场面，而不是让他们直接面临着自己恐惧的对象。第六章描述了一种行为矫正疗法的实际顺序。

使用行为矫正疗法的治疗者提前告诉患者实际将要发生的事情并强调即使他们非常害怕他们也必须不断地想象那些刺激。该治疗者解释消退这个概念（见第二章）并且阐明为什么达到一个最大的焦虑点如此重要，尽管这样做不会令人愉快（钱布利斯等，1979）。除了对现存恐惧的描述之外，由于早期的恐惧——例如为被母亲遗弃而焦虑——被假定是由某种原因引起的，所以它们在治疗中也得到了生动的描述。因

此，行为矫正疗法也具有心理动力学的外观（卢茨克和马丁，1981）。

厌恶疗法

厌恶疗法是一种特别适用于减少诸如饮食过量或吸烟过量这样的不良习惯的行为方法，它还适用于减少其他的越轨行为模式（赫森，1981；麦康瑙希，1982）。不愉快行为的实际表现或想象的表现通常是与某一不愉快事件同时出现的。这样在二者之间就形成了一种联系。这种消极情况的事例包括自我产生的引起憎恶的想象，电休克，或还可能包括引起恶心的药物。人们已经提出了两种解释来说明厌恶疗法的作用方式。传统的条件反射理论认为这种配合使那种不良习惯同那种不愉快的刺激所引起的焦虑联系在一起了。工具性条件反射理论断言惩罚完全可以抑制那种不愉快的行为。至于哪一种解释准确还不存在任何清楚的论据。

另一些更早的文化群体也了解这些方法。罗马人常常把一条鳗鲡放在一个不能喝白酒的人的甜酒杯里，所产生的可怕感受象许多现代治疗方法中的所使用的休克即手指接触弱电源一样令人厌恶。

某些其他的行为治疗方法，例如过分矫正和消退练习，也含有一种厌恶的成分。它们将在第十三章有关纵火癖的那一节中得到描述。

跨文化变态：莫里塔疗法(Morita Therapy)

在描述现存的各种心理治疗方法时，科西尼的《创新心理疗法手册》（1981）表明虽然莫里塔疗法起源于日本并且主要在日本运用，

但是它对西方的治疗实践也产生了影响。象禅宗以及在某些方面的精神分析一样，莫里塔疗法主要涉及的是对抗和接受精神痛苦而不是产生幸福（普林斯，1980；雷诺兹，1980）。

莫里塔（1874—1918）在20世纪20年代初主要是为了治疗一组他称之为Shinkeishitsu（神经障碍）的障碍而系统提出了他的治疗方法。这些障碍类似于DSM-III中的焦虑障碍（见第六章）和某些有关压力的障碍（见第五章）。

莫里塔疗法通常持续大约4到8个星期。这种方法不是象许多西方疗法那样集中于睡眠，下意识或梦，而强调的是隔离、寂寞和"心理休息"，运用莫里塔疗法的治疗者也可以规定禅宗的读物。普林斯(1980)列举了以下几个阶段作为多数莫里塔疗法应用的特点：1.完全隔离和休息4到10天——通常患者不准写字、看书、听收音机等等，而且大体上一直都不活动。2.在接着的7到14天中，尽管不允许人际交往，但患者开始写日记而且从事一些轻微的园艺工作。3.大约在下一个星期中，患者继续写日记，听一个治疗者讲自控问题而且从事一些较重的体力活动。4.然后患者按计划回到自己通常的职业和社会生活中，但他继续听那个治疗者演讲，而且成为团体疗法的一部分——就象同其他莫里塔治疗的患者会谈那样。

不象西方疗法，莫里塔疗法不要求患者寻求个人满足或有洞察力的认识，也不是注重于避免破坏性行为。而莫里塔患者却被要求去对抗并接受这种行为而且将这种行为以一种使建设性的正常行为得以顺利进行的更平衡、更从属的角色并入自己的生活中。尽管日本的莫里塔疗法对于治疗各种患者十分有效，但是它对于治疗八、九、十章中所讨论的更严重的障碍却没有太大的帮助。

代换券制度

代换券制度最初是由艾伦和阿泽林（1968）完善建造的，从根本上说，它是一个在某一机构（例如一家医院病房

或一个监狱）所正常设立的微制度系统。然而代换券制度这个概念并不是全新的。在奥利弗·戈德史密斯的小说《韦克菲尔德的主教》中，普里莫斯建立了为惩罚不道德行为而罚款和为特别勤劳行为而奖赏的制度，这个制度类似于一种现代代换券制度。

治疗者认为很重要的行为，例如起床和上班或参入（而不只是出席）不同的治疗，都被评分并且用代换券来奖赏。在指定的时间，那些节省代换券的患者可以用它们来交换他们认为是重要的东西。例如，烟，一个更舒适的房间，或看电视的机会。

经研究已经发现代换券制度对于矫正原始的或古怪的行为，对于增加计划的参入以及对于教授基本技能都很成功（帕特森，1975；赫森，1981）。大体上患者越不完善成熟，代换券制度就越有效，相对独立的和有智能的患者在自己的行为中表现了更多的复杂性，因此，这种患者在代换券制度的计划中就更难对付。

行为限制

行为限制即发展和实施治疗者与患者之间的一种协定，这种协定通常是书面的。除了规定患者被要求的行为之外，它还可以规定相应的奖赏，例如，容许自己沉迷于某些方面。行为限制还提供了一种具体的规定，与这种规定对照，患者的表现可以得到检查。许多患者都带着以某种方式思维和表现的指望完成一个疗程，而他们只能指望回想起自己忘记的言论。当患者面对着一个具体的契约时，他们更能够关心自己的决定（班杜拉，1969，1981）。

行为限制常常用来治疗家庭和夫妻（见第十七章的那一节）而且用来治疗那些在学校表现有行为问题的孩子。如果孩子们的表现符合要求，那么他们就得到一种特定的奖赏。这种方法仅有的困难正使孩子们放弃对特定奖赏的期望并且正在实现着向传统教育结构的过渡。

示范方法

示范方法是观察学习的一种具体形式，它对于许多治疗方法都很重要。它包括向患者示范一些旨在取代自我毁灭或成问题的倾向的行为模式。这通常要么是由活生生的模型要么是由影像模型来完成的。示范方法常常用来治疗孩子（班杜拉，1969,1981），但是它对于成人也具有很好的效果。如果所用方法是团体治疗的话，那么有时当患者观察一种被渴望的新行为模型之后，他就在同治疗者或同其他成员的相互作用中表现出这种行为。这种方法叫做角色扮演。

因为当患者能够很容易同这个模型一致时，示范方法就非常有效，所以这个模型在年龄上应该尽可能地接近该患

助患者更有效地表达和满足自己曾不适当抑制的需要的方法。这种方法对那些在人际关系中感到不适当，尤其是当这种不适当促使别人不顾他们的权利或甚至不顾他们的存在时特别有用。

四、认知疗法

认知疗法作为各种治疗方法输入的结果已经变得越来越重要，它还是认知行为矫正的结果（见第二章）（贝克，1976；坎弗尔，1977；梅陈鲍姆，1977）。第十章包含有对认知行为矫正方法的详细描述。另一些具有重要认知中心的治疗方法是理性情绪治疗(RET)，诡控制治疗，思维停顿治疗和现实疗法（后一节就要讨论）。

理性情绪治疗

理性情绪治疗(RET)几乎完全是由艾伯特·埃利斯首创并发展的，它兼有精神分析、人本主义和认知的影响。

理性情绪治疗的一个中心概念就是人们具有高度理性的潜势。当人们违背这种理性并进行那种着重魔法的迷信思维或不能在经验上证实的思维时，问题就出现了。因为不合理的认知信念妨碍有效的愉快活动，它们必定会遭到抨击，受到破坏，最终被一些更有效的信念所取代。象埃利斯那样，责难患者就违背一种人本主义的方法，不过，埃利斯象人本主义治疗者那样也非常重视帮助患者摆脱任何妨碍自己在世界上完满生活的障碍。埃利斯的虽卓越但又具有侵犯性的方法将在下面这部分抄本中得到反映（1973，P.186）：

患者：我不知道！此刻我的思维不清楚，我太紧张不安

啦！对不起。

治疗者：好吧，但是你能够清楚地思维。你现在不是正在说："噢，太绝望了！我不能清楚地思维。由于我思维不清，我太蹩脚了！"吗？你瞧，你正在为此而责备自己呢。

患者：（明显地心烦意乱；似乎什么也说不出；然后点头）

治疗者：不！如果你不思维你就决不会有所好转。而且你还说："难道我们不能干一些有魔力的事情使我们好转吗？"回答是："不能。"（P，186）。

埃利斯相信西方社会充满了许多无效的信仰体系，包括以下几种：

1．一个人应该力图为自己实际所做的一切而受到大家的爱戴。

2．当情况同我们所希望的不一样时，就糟糕了。

3．一个人在各个领域都应该聪明能干，而且取得成绩。

4．一个人应该具有永恒的实际自控力。

埃利斯坚决主张，如果人们赞成象这样的信念体系，那么他们就很可能不愉快而且很可能花许多时间试图对世界施加一种不现实的控制。另一方面，如果人们逐渐形成了一种世界观而又不总是感到需要运用自控的话，那么他们就能够影响自己生活中的那些可变的方面而且能够接受那些不可变的生活方面。

诡控制疗法

有一些治疗者已经观察到因预感可能会出现无用的思维或行为而产生的焦虑对于强迫观念、强迫行为、压力和焦虑障碍以及习惯障碍的发展都是至关重要的（哈利，1959，

1973；弗兰克尔，1975；拉扎卢斯，1981）。这些治疗者试图使患者接近并且以一种更加受控制的方式表现那些令人失望的思维和行为，这种试图常常是通过向患者提出明显自相矛盾的指示来实施的。例如，弗兰克尔（1975）假定那种令人失望的行为直接被限制在一个错误的先行焦虑圈之中，那个人越是害怕这种重复症状，焦虑就出现的越频繁，而这些焦虑也就必然产生更多的症状。弗兰克尔自相矛盾地指示患者去做或希望那种他们抵抗的行为。换言之，患者不是强迫去洗手或试图不考虑那些多余的思想，而且被告诉去有选择地做这些事情。杰伊·哈利（1973）曾非常成功地运用了这种方法。第六章就描述了一个有关他的方法的例子。

思维停顿法

思维停顿法类似于厌恶疗法，因为它把一个使人不愉快的或令人吃惊的事情局限于某一不希望得到的思想或行为的出现并因此抑制后者。但是，厌恶疗法通常旨在外部行为，而思维停顿法却是专门用于内部思维。它适合于治疗强迫症或导致冲动障碍的破坏性思维方式。

早在1938年亚历山大·贝恩就以实际上同今天一样的形式使用了思维停顿法。最近宗教教师拉杰尼西（1975）就专门把思维停顿作为寻求精神启蒙的有用方法进行了长时间的讨论。

在思维停顿法中，治疗者告诉患者让自己的强迫观念流动，然后根据治疗者的暗示（一只举起的手）喊“停”！这个命令通常适合于破坏强迫的思绪。在办公室里实践一段时间后，当患者被强迫性思想所烦扰时他便被鼓励去自在地遵

循同样的程序。他在引进这个思维停顿程序之前就学会了任意改变时间的长度而且也学会了使用默读的而不是听得见的暗示。

五、人本主义疗法

患者中心治疗

患者中心治疗是最早的十足的人本主义疗法，它是由卡尔·罗杰斯发展起来的。罗杰斯还率先发表了一个有关某一疗程完备的正式文本（1942），因此也便于对治疗者-患者互动进行科学的研究（见第二章说明罗杰斯方法的个案抄本的摘录）。由于它还称为非指示疗法，所以他的方法主张这样一种互动类型，即在这种互动类型中，治疗者既不试图通过劝告或消除疑虑来直接影响患者，也不提出直接的问题。

非指示疗法尤其适合于一个大学咨询中心，实际上罗杰斯最初的患者主要是芝加哥大学的心理学和神学专业的大学毕业生，在这种团体中的患者都具有一些与众不同的特征：他们很聪明，受过良好的教育，非常熟悉心理学术语，而且还倾向于内省地分析自己（及别人）的心灵。非指示疗法对于治疗具有这些品质的患者非常有效。它在多数治疗者的现实实践中一直都特别有影响。

存在疗法

存在疗法强调患者要正视人类条件的主要问题：找出生活的意义，冒险地卷入种种关系之中，获得生活经历的质而不是量以及对付死亡。使用存在疗法的治疗者试图使患者（有意识地而且是负责任地）连续地而且有根据地对这些问

题作出回答。许多不同的存在心理治疗系统的目的在于在生活经历的所有方面提高认识和增加选择，而不只是消除心理痛苦和不安。前面来自艾伯特·埃利斯对患者的RET疗程的摘录就揭示了一个存在的成分：埃利斯迫使患者要不断地认识到停止考虑问题的愿望和将会存在有一种迅速并容易治疗他冲突的办法的希望。诸如罗洛梅和尤金·金得林这样的使用存在心理疗法的美国人特别关心现代生活中能够阻止人们认识到自己丰富潜力的决定论和人格解体的势力。通过讨论和正视这些问题，使用存在疗法的治疗者试图帮助患者接触到由各种心理冲突发展而来的经验感受，然后再利用这些感受来做出更明确地选择。

存在疗法常常用来治疗那些其问题没有一个特定中心的患者。它对于治疗口齿伶俐的患者最为有效，因为它对表达内心感情，正视种种选择以及口头上交流最终许诺的能力提出了很高的要求。

现实疗法

正如相互作用分析（TA）是对精神分析的某种主要方面更简单朴素的描述一样，现实疗法也是对那种认为人们必须愿意正视自己选择后果的存在主义思想的简化应用。现实疗法（格拉泽和朱宁，1973）和存在疗法都认为必须使那些表现出消极或自我毁灭行为的患者承认那些行为的全部后果。

现实疗法的创始人威廉·格拉泽在加利福尼亚治疗被监禁的犯罪少女时，最早使用了这种治疗方法。这些姑娘有许多都已经逐渐形成了允许她们回避自己行为后果的生活方式，结果她们也形成了一些成问题的模式。由于许多患者都利

用这种回避的做法，所以，现实疗法因其不断地用言语描述这种回避的做法并阐明那些可能产生的后果，然后又支持患者正视那些后果而能够成为一个治疗各种障碍的有用方法。

完形疗法

完形疗法最早主要是由弗里茨·珀尔斯（1958）使用的，它虽然反映了珀尔斯作为一个精神分析学家的早期训练，但它主要还是一种人本主义的存在疗法。珀尔斯的魅力如同他新治疗方法的影响一样说明了这种方法最初流行的原因（哈曼，1982）。完形疗法不应该同完形知觉理论相混淆，因为，本质上它是说“整体(知觉)大于部分的总和”。它们完全是两个独立的理论领域。

完形疗法类似于心理动力学理论，因为它强调人们要不断认识自己并通过精神发泄来达到顿悟。不过，它否认对早期经历的强调，而是注重此时此地。它为帮助患者获得对自身冲突的认识提供了一些重要方法。第十三章将要详述的“空椅”法就是其中一种。

完形疗法对于治疗那些使自己的问题理智化的患者特别有效，因为他们可以在不与这个问题有任何情感接触的情况下谈论它（珀尔斯，1953；哈曼，1982）。理智化对于所有的谈话治疗都是一个危险，特别是对于精神分析，因为在精神分析过程中，个人通常都自由地连续谈论而不受治疗者的控制。使用完形疗法的治疗者直接指出了理智化，迫使患者更直接地正视自己的冲突，并且促使他们接触到自己忧虑的情绪和心理方面。

六、其他的心理疗法

有一些常用的治疗方法同任何治疗学派都没有联系。催眠法、生物反馈法和团体疗法就是其中的三种。

催眠法

弗洛伊德和沃尔普都只是在最初使用了催眠法，但后来就放弃了它。他们放弃它的一个原因是只有52%的人能够通过标准的方法来催眠。

虽然在埃及人和希腊人的睡眠圣堂里就使用了催眠，但是直到19世纪40年代詹姆斯·布雷德才给他命了那个名字，它是由希腊词hypnos（“睡眠”）改写的。在同一个10年中，苏格兰医生詹姆斯在印度行医，他利用催眠来解除外科手术的痛苦并且根据其有效性选择了第一手资料。他发现催眠把外科手术患者的死亡率从50%减少到5%，其原因主要在于减少痛苦和压力也就减少了死亡于休克患者的数量。

数年来，催眠一直用来治疗各种障碍，不过至于被催眠在实际上和功能上意味着什么还持续存在着实际的争论（沃登和安德顿，1982）。那些被催眠的人所表现的脑电波和心理反应同他们处于醒觉状态时所表现的脑电波和心理反应一样。多数理论家现在都支持这样一种看法，即催眠是一种类似于角色扮演的被改变的意识状态。人们在催眠下是否能够违背自己的意愿被迫去干某些事情这个问题将在第十七章中讨论。催眠作为一种治疗工具通常采取两种形式：直接暗示和退化。

直接暗示　直接暗示首先为新的思维方式提出明确的建

议，然后通过用来发展新行为的催眠后暗示来利用被催眠的受试者的内在被动性进行治疗。这种方法主要用来治疗冲动障碍，例如，饮食过量和吸烟成瘾，但是它在其他的问题方面也证明是一种有用的辅助方法（迈耶和蒂尔克，1969）。直接暗示类似于某些狂热的崇拜者和极端主义团体所使用的某些心理控制方法。例如，人格解体方法（新名称，新衣服，同志朋友没有任何联系），获得信息的被控制途径以及宗教仪式的

台机器，这台机器探测并放大了来自身体的信号。

生物反馈是一个普通的术语，它代表这样一些系统，即这些系统使患者能够控制和获得有关某一生理过程的连续信息。摸脉，用听诊器听心搏或在脑电描记器（EEG）上监视脑电波模式追踪都是这种控制过程的例子。三者之间的唯一区别在于获得信息所需要的技术水平。

在生物反馈治疗中，重要的是要把这种信息转变为一种容易为患者理解的形式。例如，很少有患者能够从未经处理的脑电描记器追踪中获得任何有意义的信息。不过，通过增添滤波器和信息处理器来简化和压缩这种信息，患者就能够更容易测定是否产生了一个希望得到的脑电波。例如，a脑电波（以每秒8到12周的频率的电波）反映的是一种无意状态，它便于放松。如果作出的是希望得到的回答，那么一种色调和光就作为一种暗示出现了。患者的任务仅仅是尽可能长时间地保持这种色调和光。通过这个过程，患者能够在理论上控制任何生理过程。技术也是为了这些生理过程而存在的，其目的在于适当地测量这些过程。因为接近骨骼肌肉要比接近

盒大的轻便生物反馈机有时能够有助于这样的情况。然而，患者最终还必须认识到有关希望得到变化的身体暗示，以便他们能够泛化他们日常活动的知识。泛化对于肌电描记器似乎要比对其他系统更容易。

团体疗法

有些治疗形式包括治疗一次同一个以上的患者互动，即同一个群体或系统而不是单独一个人互动，例如，家庭或婚姻疗法。这个概念的逻辑外延在第二章讨论系统论时已经评述过了，它是社区心理学的倾向，它旨在社区这个整体中种种广泛的教育，预防以及更新的不是一对一治疗的社区资源。婚姻和家庭疗法（见第十七章）是另外一些常常依靠系统论概念的团体治疗方法（弗雷莫，1979）。

总的迹象表明团体疗法对于产生积极变化十分有效（迈耶和史密斯，1977；史密斯和格拉斯，1977）。当该团体的成员至少具有大致相同类型的问题和大致相同程度的人格障碍时就更有可能产生积极后果。

专栏：团体心理疗法与个体心理疗法利弊之比较

团体对个体心理疗法

团体疗法	个体疗法
额外的人手提供了更充足的反馈范围。 有些问题（通过多重反馈和/或对抗）对于诸如离婚后顺应问题和疑病症特别敏感。	连续的一对一关系允许对问题进行更深入的探讨。 有些问题使患者太为难了以致于对别人不能表现出来或对于有效的团体过程很混乱，例如，性越

续表

团体疗法	个体疗法
团体疗法通常每小时要便宜的多。 每一个人都有一次作为帮助者和接受帮助的机会。 团体反应很适合问题的人际方面。 存在有插入新社会制度和交新朋友的机会。 如果治疗者以某种方式走上错误轨道或响应某一个人偏见，那么至少有一个团体成员常常能够作出正确的评论。	轨或者反社会的或类偏执性的障碍。 个体疗法在时间单位内一个单独的个人问题上所花费的开支方面更便宜。 人们更有机会认出该治疗者是一个也经受过种种问题的人。 个人的反应允许更完全地揭示问题的内心理方面。 更有可能保守秘密。 来自那些有偏见的或无知的团体同伴的反馈并没有太大价值而且浪费时间。

象使用个体疗法的治疗者一样，团体疗法的使用者在风格上也有所不同。有些团体疗法的使用者试图扮演一种背景角色，正好成为另一个团体成员并且让这种团体过程盛行起来。另一些人则试图以一种有节制的方式通过提出种种解释而且只提出一个偶然的挑战评论来控制团体互动。还有一些人，如完形疗法的创立者弗里茨·珀尔斯，就建立了同每一个团体成员的一靠一互动。这时另一个团体的成员通常保持沉默。

团体疗法理想地适合于包含人际及社交能力丧失在内的种种问题，例如，离婚后的顺应。该团体的社会背景便于泛化任何新出现的行为（亚洛姆和利伯曼，1971）。该团体能够

充当这样一个操作基础，即在这个基础上患者表现出新行为并检验了新观念。另一些团体成员提供反馈而且可能提出别的选择。这种环境促进了自重，因为该团体中的每一个人偶而都能够为别的团体成员提供帮助并表示关心，而且他们自己也能够接受帮助。该团体还能够提供生计和控制，并且常常充当着一种通过在该团体中所形成的友谊进入种种新的社会团体的途径。

家庭和婚姻疗法

家庭和婚姻疗法可以被看成是团体疗法的变种，尽管它们实际的相似之处与其说是本质的还不如说是表面的。一个有趣的分叉点涉及到患者问题的中心。团体疗法的使用者倾向于治疗那些共同具有类似种类问题的个体。实际上，团体常常是根据它们所提出的独特心理问题来加以识别的。因此就存在有一些自信训练团体、恐怖症团体、觉悟提高团体等等。结果，治疗的重点典型地集中于帮助一组主要由一个共同的问题集中在一起的个体。虽然在治疗期间使用团体疗法的治疗者集中在团体成员之间的互动上，但是通常这些成员没有任何使人非相信不可的理由与该团体自身外部保持联系。相比之下，对已婚夫妻或家庭的治疗通常只能随着这样

者，或至少意识到自己与其他团体成员共同具有某些问题。相比之下，使用家庭疗法的治疗者常常必须处理那些不愿参加治疗的家庭成员（弗雷姆，1979）。如同有些治疗者所暗指的那样，一个特定的家庭成员通常作为替罪羊被称为病号。使用家庭疗法的治疗者倾向于把这一点看成仅仅是大家所共有的破坏性交流的症状。然而，这个问题在于使其他的家庭成员都相信自己对这些困难都共同负有责任而且集体参加治疗（见第十七章）。

尽管团体疗法和家庭疗法存在有差异，但二者都同样倾向于强调人际因素对促进顺应行为的重要性。在最近几年中这两种形式都明显地有所发展，这清楚地表明人们迫切需要为传统的个体疗法提供选择物的参预方法。

环境疗法

环境疗法试图把一间病房或一家医院的各个方面都建立成为一个治疗团体的组成部分。它并不是象某些治疗者所宣称的那样新的一种方法。19世纪中期的道德疗法就提倡舒适的环境，一种有关的支柱，一些有意义且有目标的活动以及最小程度的限制。与此相类似，当①单位的规模很小，②工作人员对行为概念训练有素，③工作人员对于自己努力的潜在成功抱有明确的期望以及④所有工作人员和患者在决策中具有尽可能多的输入信号的时候环境疗法的作用最佳。

某些机构对于环境疗法提供的仅仅是口头上的帮助：它们的患者-管理制度似乎允许很多自主权，但是管理者却几乎没有释放实际权力（在大学管理-学生管理机构关系中常常发现这种情况）。有些医院作为环境疗法的一个方面来运

用的职业治疗，艺术治疗和活动治疗通常似乎与其说倾向于为患者回复到真实世界作准备，还不如说是倾向于填补时间。

第四节 治疗透视

很显然，存在有许多不同的探讨治疗参预的方法。这种方法的丰富性是令人满意的，因为存在有重要的证据来证实逻辑所提出的要求：某种类型的疗法对于某种类型的问题要比对其他问题更合适，而且治疗者和患者之间的一致性对于引起积极的变化也是一个重要的元素（斯特拉普，1978；斯特拉普和哈德利，1979；拉扎卢斯，1981；布伦纳，1982）。

证据还证实了另一个逻辑假定：一种治疗方法对于其自身最初据以产生的人口最恰当。例如，格拉泽在治疗那些被教养的犯罪少女时就系统地阐述了自己对现实疗法的看法，对于治疗包括无责任感在内的任何问题来说它是一种有用的辅助方法。卡尔·罗杰斯在同神学和心理学专业的研究生一起研究时最早使用了患者中心疗法。他的疗法在那些聪明内省而且能够自由地系统阐述自己生活中所发生的许多事情的患者中效果最佳。代换券制度是对那些具有许多行为缺陷的被送进专门机构的群体而提出的，例如，精神分裂症患者或具有学习无能障碍的孩子，代换券制度对于治疗聪明有主见的团体以及有创见的个体就没有什么效力。

前四章从总体上考察了种种理论，评价方法以及治疗方法。剩下的这几章将讨论一些具体的障碍。

本 章 要 点

1． 大体上，一些方法对于治疗某些障碍比其他方法更合适。不过为了进行适当的治疗，多数障碍所需要的治疗方法都不止一种，或者说需要多重模式的治疗。

2． 治疗方法一般都可以按照两个方面来分类：身体侵入和心理强迫。例如，心理外科手术既在身体上具有侵入性又在心理上具有强迫性，催眠则只是具有心理强迫性，而存在心理疗法既不具有强迫性也不具有侵入性。

3． 化学疗法对于治疗许多障碍都能够有用，通常它至

天的心理动力治疗学派。

7. 古典行为方法，例如，系统脱敏法、厌恶疗法、示范方法、代换券制度方案，都比心理动力学疗法产生的更晚，它们通常直接限于在经验上证实的研究。

8. 认知疗法，例如，理性情绪治疗，认知行为矫正法以及诡控制疗法，对控制内部思想和意象的关心要比对作为行为方法主要目标的公正行为的关心更多。

9. 人本主义疗法，例如，患者中心疗法，存在疗法以及完形疗法都主要集中于发展患者的清楚意识和真正可靠的生活选择。

10. 尽管这4种主张的治疗者常常使用团体疗法，家庭疗法或环境疗法，但是后者具有独特的品质，有利条件和不利条件。

第五章　压力和顺应障碍

第一节　压力障碍

压力障碍最初叫做心身障碍，然后叫做心理生理障碍。不过，由于环境威胁（例如，长朔的噪音）或其他需要生理或心理适应的因素能够产生压力，所以压力是一个范围更广的词。压力障碍按特性指的是心理因素在其中起着主要作用的生理机能障碍。DSM-Ⅲ把这些分为具有影响身体状况的心理因素的障碍。在这一节中我们将考察压力障碍的理论并力图解释某些障碍在特定个体身上出现的原因。本节最后将讨论一些具体的综合病症，包括原发性高血压和紧张头痛。

一、压力障碍的理论

人格模式理论

由于在整个20世纪50年代精神分析模型居于支配地位，所以按照人格模式理论压力障碍传统上被视为心理冲突的直接表现。例如，患有支气管哮喘的人们都被认为因具有过多控制的母亲而遭受依赖需要的痛苦。人们假定哮喘常常在这样一些人身上发作，即他们对爱抚的强烈需要与对自我揭发的害怕或得到这种爱抚所具有的亲昵行为完全相称。不过，

合理的是，我们应该指出这并不是指一种根本顺应不良的或冲突的关系，一个患气喘病孩子的母亲通过小心地控制其环境确实促进了那个孩子的舒适和生存。因此，这个详细说明心理生理障碍能够根据特定的人格冲突加以预言的理论不久就由于它不起作用的充分理由而名声扫地了。试图在这些假设中发现清楚相互关系的做法很少是成功的。例如，就气喘病而言，人们都普遍认为尽管情绪压力能够引起一次特定的气喘发作，但是这种障碍的主要原因是过敏性激素系统（米库利奇，1979）。

人格模式理论缺乏成功的一个例外就是这样一个发现，即某些形式的心脏问题的发生率鉴别同两种不同的人格类型相互联系，这种发现最初是1959年由弗里德曼和罗森曼明确描述的。A类的人们倾向于急躁而且恼怒；他们把生活需要看成是激动的而且在关系上很容易竞争。他们似乎感到自己总是严重地受到时间的限制，因此他们具有能够称之为“对经验受时间约束的贪心”。象刘易斯·卡罗尔的《爱丽丝漫游仙境》中的白老鼠那样，他们总是在说：“噢，我在一次重要约会时迟到了，迟到了”。B类的人们对自己物质生活的需要更轻松并且一次享受一天。人们已经发现A类的人们冠状疾病的发生率更高。

尽管有些迹象把压力障碍同人格模式联系起来了，但是这种方法还存在有两个基本的弱点：第一，很少有谁真正具有与各种障碍相联系的人格特征。第二，有关压力的反应常常对某一情况环境的依靠要比对人格品质的依靠更多。由于这些原因，这些特定的人格冲突与品质理论已经失宠了。经

研究已经证实正是由于这些冠状-俯状理论，压力因素的概念才比起初所想象的要复杂的多。因为这些理论描述了对种种人格类型的最有效的鉴别（马修斯和萨尔，1978）。

客观压力理论

对人格模式理论的批评使著名的加拿大研究者汉斯·塞利（1956）以一种更具体的方式说明了象溃疡、高血压以及紧张头痛的原因。他的客观压力理论直到20世纪60年代中期才得到了许多注意，那时，这种理论逐渐取代了人格品质理论。

客观压力理论是在美国生理学家沃尔特·坎农的研究基础上创立的，他研究了人体对压力的"警戒反应"。塞利将一系列广泛的因素合并进他的压力概念，包括身体威胁，身体创伤，引入身体的异物以及种种心理要求。仔细的研究和观察使他相信整个身体对压力的反应主要是通过交感神经系统的活动产生的。压力最初产生一种叫做抵抗阶段的反应。它是以特定的生理变化为特征的。当一个控制交感神经系统的脑干结构激活一个激素连锁反应时就发生了这些变化。下丘脑这个结构刺激另一个脑结构-垂体腺，垂体腺又依次激活肾上腺。这些肾上腺然后分泌出许多甾族化合物（包括皮质醇和肾上腺素），这些甾族化合物可以引起种种生理反应：增加的呼吸速率，心律、氧气消耗，血压，肌肉紧张和呼吸作用；瞳孔扩张；以及把血液从内部器官和消化系统转移到骨骼肌肉和大脑。

在单个中等压力的例子中，这个抵抗阶段只是暂时的，而且反应也减退到它们以前的水平。但是，如果威胁长期连

贯地出现的话，那么警戒反应就更容易复发并且不可能彻底减退（如同后面所讨论的梯级倾向理论所提到的）。结果，这个身体的反应再造系统就变弱变空了。在这样的持续压力条件下，人们已经提到要发生3种结构变化：肾上腺扩大，胸腺，脾和淋巴结的萎缩以及胃肠道溃疡（萨博，1980）。生理反应于是就更不能回复到它们原先的静止水平，而且身体系统也不能补偿这种激素和组织平衡的破坏。

客观压力理论已经证明对于大体上预言压力障碍的发生率有适当的效力。霍姆斯和雷切（1967）对一种社会再顺应尺度——43次生命变化的调查表——的利用就是该理论的一次非常有趣的应用。按照一种叫做新近生活变化的问卷的观点（伍尔福克和理查森，1978），每一个生活事件都分配有若干个“生活变化单位”。被分配的单位越多，那个事件就被假定更具有压力和潜在的破坏性，为了获得个人的分数，一个人浏览那张表并添上每一个事件的分数。这种问卷的早期研究者指出分数在150和300之间的个体有50%在接着的24个中具有一个经历一种从中等到严重疾病的机会。这种可能性使分数上升到超过300的80%。新近生活变化问卷上所列举的损伤性最大的事件就是一个配偶的死亡（100分）；最不严重的违法行为（11分）。有趣的是我们注意到有些事件——例如一种倾向（13分）——并不具有任何明显的消极含义。然后，一种或另一种变化对于大家都是很平常的。文化价值观确实影响这些规定的价值观。例如，象拘留在监狱或去银行借钱这样的事件在日本就比在美国得的分数要多得多。

被预言的疾病并不必然就是一种象溃疡和荨麻疹那样的

心身障碍（尽管皮肤对压力特别容易起反应）。它可能是一种象流行性感冒那样的病毒性障碍或者甚至可能是癌症（斯克拉和安尼斯曼，1979）。例如，伍尔福克和里查森（1978）报告了这样一项研究，即在这项研究中，他们在整个流感季节系统地测量了24个妇女的血清。他们发现在这些妇女血液中的流感病毒的数量比她们所受压力的数量与她们是否得流感的关系更小。

诸如伍尔福克和里查森这样的许多理论家已注意到客观压力系统中的一个关键性缺点：人们没有任何方法考虑种种变化对于特定的个体具有什么意义。例如，那些只在地理上重新定位以致感到孤独并且同新社区疏远的人就比那些没有经历一种孤独感而采取类似行动的人表现的压力障碍率更高（格恩里和坦科，1980）。我们再来考察一个例子，丧失配偶的心理影响主要取决于夫妻接触的程度和专一性。如果他（她）们的接触即使不令人满意但却很频繁的话，那么这个幸存者的丧失感就可能比在夫妻具有独立生活方式以及虽积极但却很少接触的情况下更难对付。

除了决定是否一个特定的事件就是一个压力物这个问题之外，在对已知压力价值的反应上也存在着明显的个体差异。例如，科巴沙（1979）研究了两组经历同等数量的高度压力的行政官员，但是只有一组暴露了高度压力的疾病。在那个轻微疾病小组中的人①对自己生活感到富有意义，②相信在某种程度上能控制自己生活中的事件（一个内部控制点），③对环境具有朝气蓬勃的态度，以及④强烈地信奉长期的个人目标。

由于这些被提出的问题，结果人们现在更加注意评价种

种事件对个人所具有的意义（赫斯特等，1978），从而将一种认知成分引进到一个生物统治基础的压力模型中。这种认知方法对变化事件及其有关压力价值观的客观问题的关心要比对解释变化似乎对一个人比对另一个人更有影响的原因的关心要少。

跨文化变态：波多黎各美国人的压力障碍模型

阿巴德和博伊斯已经报告了一种对由迁移到美国东北部一个中等规模城市的波多黎各人所描述的症状模型进行的长期评估（1979）。作者们叙述了他们所观察到的在该项研究中的许多个体所经历的贫穷和种族迫害的心理病理学的许多内容。然而，许多模型似乎是在文化上被决定的，因为它们在迁移后很久都仍然是完整无缺的。被注意到的3个模型是①冲动控制的实际或恐惧丧失，叫做神经质发作，②生动的幻觉体验；和③招魂论。

神经质发作似乎是一种在文化上学到的症状模型，这种模型主要是由抑制失败的气愤和/或性紧张引起的。因为抑制失败的气愤或性紧张都具有成人发脾气的外表。患者常常紧握着拳头倒在地板上，咬牙切齿，并且好象没有意识到自己的行为。当气愤释放之后，那个人通常记不得那件事，因此也就避免为此而负责任。这样的神经质发作很少对那些具有这种神经质发作的人或对他们周围的人造成任何严重伤害。有些继发增益也常常出现，例如，表示关心，表示渴望控制这种形势以及受到文化上被支持的关心和注意。

生动的幻觉体验在这个团体中要比在多数其他患者团体中更常见。当诸如一个亲戚或朋友死亡这样的个人丧失发生之后这些情况常常出现。幻觉常常是一种丰富而且复杂的体验，它不仅对于幻觉者而且对于其他的亲戚都富有意义。照此，它是一种积极的体验而且它比多数幻觉更具有梦幻的特征。由于它与压力有关而且通常持续时间

短，所以它没有被称为是精神病。

招魂论在这个团体中很常见，它反映的是波多黎各下层社会经济阶级中一种现存的传统。但是在波多黎各的下层社会经济阶级中，我们可以在那种亚文化中找到一组被认出的医治者和宗教仪式来为具有这样一种信念的心理病理学提供证据，即人们正在遭受精神的迫害，而移民却很少得到这些医治者和宗教仪式。因为移民没有认识到依赖新文化心理健康诊所或其他环境的需要，他们直到这个模型因变为惯常的而更难干预时才接受治疗。

二、系统反应的特征

在对压力作出反应时，许多患者在几个系统中都表现出障碍，而其他人却只在一个系统中表现出障碍。例如在人类行为的许多其他领域，由于几个不同的理论可以应用于一个单独的情况，结果复杂性就增多了。

遗传障碍

象许多其他的综合症一样，某些压力障碍（例如，溃疡）倾向于在家庭中蔓生。虽然这一事实没有排除其他的原因，但是研究证据表明总遗传对于溃疡、高血压以及多数其他压力障碍都是一个虽易变但很重要的因素（埃米尔坎普，1982）。实质上，某些人一般都更易于产生焦虑和紧张反应（里斯，1979）。

素质压力理论

有一个总前提反映这样一种看法，即身体只是象其最弱的组件一样强。按照素质压力理论（也叫“器官弱点”理论），身体的最弱器官系统将会受到压力的破坏。这种弱点（或倾

向）可以由遗传先天障碍，疾病或者甚至是社会学习因素产生。

例如，一个在准备上学的同时经受压力（也许提前要考试）的孩子，可能会向自己的母亲报告许多症状，由于下一次又出现了类似的压力物，结果这个母亲将会认为有些症状比其他症状更重要，这个母亲以前的强化将突出一套更具体的症状。这种强化最终可以产生一种类似的器官弱点。

人格模式理论

如前所述，人格模式理论主张特定的冲突导致特定的疾病或某些人格类型更有可能产生某些障碍。然而，除了对冠心病和原发性高血压的研究之外，很少有成功的论断性研究来证实这些理论。人们常常混淆原因和结果，例如，由于观察到患有从中等到严重关节炎的人具有包含依赖与独立的冲突，所以临诊者假定这些冲突导致关节炎。但是，还有一个不同的观点似乎同样有理：多半生都曾是活泼成功并且独立的而现在因关节炎变跛的人们自然将为自己增加的对别人的依赖而苦恼。

至于压力障碍如何出现的种种理论，连同心理因素在某种程度上实际能够影响任何疾病过程的证据一起进行诊断，干预以及将某一原因归之于压力障碍成为一个复杂的问题。在这个方面，原发性高血压在所有的压力障碍中最有典型性，所以我们来最详细地讨论它。

三、原发性高血压

通过其对整个身体系统的影响，高血压一直被判断为是

许多非意外死亡的主要因果力量(米奥尔,1961;迈耶,1981)。高血压除了严重促使心脏障碍和血管障碍之外,它还导致了肾肝失灵,也造成了大脑和其他器官的机能失调。按平均计算,患者有中等到严重高血压的人大约要比血压正常者少活15年。据估计,收缩压高于150毫米汞柱或舒张压高于90毫米汞柱的美国人有2300万到3000万。(常压被认为大约是舒张压高于80毫米汞柱,收缩压120毫米汞柱)收缩压血管中的暂变更容易发生变化和产生反应;舒张变化被认为更直接地反映心血管系统持久的总状况。甚至在今天,许多高血压患者还不知道自己患有这种障碍。不过,由于血压测量器械现在更容易得到而且便宜,所以,早期探测和预防在此就日益明显和有效了。

原 因

大约15%的高血压病例都直接起源于身体问题,例如肾机能失调或严重的动脉硬化。剩下的多数都称为原发性高血压,它在功能上是指原因是未知的。实际上,原因只是在这种意义上才是未知的,即至于是什么潜在变量的混合物真正促使某一特定个体的血压升高还不清楚。我们已经提到,环境压力和一个人对付压力的能力是基本的因素。大量的其他因素也是复杂的。尽管多数专家(米奥尔,1961)认为影响动脉状况和自主反应系统的遗传因素不是主要的作用物,但是它们也起着一种作用。饮食因素也很重要。高盐分和低钾的食物大大地增高了血压,还有些迹象表明含饱和脂肪、胆固醇以及三甘油酯高的食物也具有同样的作用。实验还表明痕量无机物也起着一种作用。例如,经研究已经表明食物和饮

水中含有大量的镉可以增高血压而且诸如硒和硅这样的其他痕量无机物的缺陷也可以具有同样的作用（米奥尔，1961，迈耶，1981）。最后，吸烟，超重以及缺乏锻炼实际上都有助于导致高血压。

但是压力仍然是一种主要的因素。高血压在自己生活中经受重大变化的人们身上要比在那些经历地理或社会经济变化的群体中更常见（格思里和坦科，1980）。与此相类似，在贫穷的阿巴拉契亚山南部的子群体中许多产生挫折的经历一直是与原发性高血压的发展相联系的。此外，轮换班的工人就比在三个标准班中的任何一个班中的工人的血压水平高得多，而且还具有一些其他的压力症状。这些事实很符合客观压力理论，因为客观压力理论也可以解释平均男性黑人比男性白人的血压水平更高。虽然遗传因素和食物可以起作用，但是对成功的持续偏见和期望很可能对男性黑人比对许多别的群体所产生的客观环境压力的程度要高。

然而，我们已经提到对压力的主观反应对于测定所发生的机能失调程度也很重要。有些长期的研究已经发现抑制气愤可以有区别地增高一个人的血压，尤其是在特定的情况下（霍坎森等，1971；迈耶，1981）。与此相类似，在另一个长期研究中，戴维·麦克利兰（1979）发现一种早期的抑制侵略的主观倾向就是20年后高血压的可靠预报因子。

伍尔福克和里查森（1978）在为这种思想提供证据时说明了气愤反应的非常主观的特性。他们断言在我们的现代社会中气愤是一种过时的情绪：因为很少有表达气愤的法律方式或适合社会的方式。结果，它或是不适当地表现出来（见

第十三章）或更可能被抑制住（保持在很低的意识水平上而且不起作用）或者甚至被压制住（有意识地通过否认其存在而被强迫）。无论控制一个侵略冲动的社会要求是什么，一种不幸的副作用包括每次收缩血压感觉得到的上升。

梯级趋势理论解释了通常平均血压上升的方式。每当一个人的血压上升时，副交感神经系统就开始将血压带回到正常。如果这些增压情况出现的太频繁，振作反应就减弱了而且就会出现前面在讨论客观压力理论时所提到的某些生理变化。这种情况的结果是逐渐地从结构上适应血压的虽少量但又无情的增高。当然，有些结构是在适应能力上加以限制的。例如，当在某种程度上丧失灵活性时，动脉就适应于向上复位。虽然一旦情况被查明这些累积的变化使人们也很难明显地降压，但是梯级趋势增加至少可以被减慢或甚至停止。

参预方法

原发性高血压的复杂原因要求参预是多重模型的。多数例子都成为一个控制超重和／或吸烟的总方案的根据。钠、糖、饱和脂肪、钾以及镉的摄取必须被控制。旨在控制过多保留体液（通常由于食物中盐分太多而产生）的化学疗法（计划药物）常常是治疗的一个重要方面。

许多高血压患者还需要商议怎样减轻环境压力。由婚姻、工作环境或一般生活方式产生的压力通常可以通过婚姻疗法和心理治疗来识别和减轻（巴格罗齐等，1982）。还存在有这样一些压力物（失业，与职责不相适应的工资。老年丧失朋友和供养），即只有作为一个整体的社会最终才能对

这些压力物产生反应，尽管这种作用有时在个别情况下能够减轻。

因为类似于病态性憎恶反应这样的条件气愤或焦虑反应能够产生或加重高血压，所以系统脱敏法可以有帮助（埃米尔坎普，1982）。通过逐渐放松教该患者一种放松反应（见放松反应的专栏）或自发训练都将有助于减少总的紧张程度。还有一些迹象表明把药物方法作为一种长远策略来训练人对于控制高血压很有效（夏皮罗和吉伯，1978）。

当生物反馈（见第四章）同药物或一种普通放松方法一起使用时它很有效（弗鲁姆金等，1978）。生物反馈普遍被认为对于治疗这样的障碍非常有用，即在这些障碍中受影响的生理成分可以很直接地被认识，例如，在紧张头痛中（考克斯，弗罗因德利奇和迈耶，1975；福勒，1978）。它还帮助一个人学习如何自我产生放松反应，这是一种有助于治疗各种身体和心理障碍的方法。在附栏中所描述的放松方法是一种标准的方法，它甚至不用治疗者的直接训练就能够很容易被掌握。

专栏：放松训练

训练如何达到有效的放松能够有助于治疗许多障碍。尽管存在有多种引起放松的方法，但是却很少有迹象表明它们在效度上有明显的差异。因此，你可以用任何舒服的方式来改变下述这些建议。当这种方法集中于身体的每一个区域时，你可以通过注意自己内心的愿望来实施这种方法。你可以用录音机录下自我指示并且简单地听它们或你可以找一个治疗者或朋友开始同你一起锻炼。

腿不交叉而且手臂舒服放在身旁放松躺下。首先，将精神集中在

脚上，想象它们是易曲的，温暖的而且是放松的（你可以通过在进入放松阶段以前首先屈曲每一个肌肉群来改变这个程序，有人发现这样增加了后来的放松效果）。于是，想象你的脚，然后再想象你的踝，并且暗示它们放松而且感到松散。用这种模型继续来放松你的身体，在你放松身体的时候，默默地注视并识别每一部位（小腿、膝盖、大腿、臀部）。然后再放松下身，包括生殖器和肛门区域。暗示放松，镇静并且温暖。尽管放松很慢但它肯定要进入腹部，特别是在腹部存在显著的紧张状态的情况下。暗示自己你的呼吸正常而且沉着（既不慢也不快。上升到你胸、肩，逐个部位地再到手臂到指尖。然后再集中到颈部，特别要注意颌肌，甚至象舌和鼻尖这样的小部位。接着集中到前额，但在此所暗示的是冷静，因为这是一个冷静与放松明显相

来的侵犯来说都是容许的目标。日本的有些公司提供了这样一个房间，即在这个房间里气愤的雇员可以拳打一个上面带有他们老板照片的袋状物。与此相类似，有些团体和婚姻疗法的治疗者鼓励他们的患者唾沫攻击，互相公开表现出自己的侵犯行为。持久的朝气蓬勃的体育锻炼也表明可以有效地降低升高的血压，这说明一般的生理改进可以间接地导泻。

这种有形的表现防止或至少帮助极度减少气愤对身体的破坏作用（迈耶，1981）。有一种更不直接的方法就是用言语表示侵犯，威廉·布莱克的诗《毒树》就描述了这种侵犯行为：

我气自己的朋友：我吐露自己的愤怒，我的愤怒确实终止了。

我气自己的敌人：我没有吐露自己的愤怒，我的愤怒确实增长了。

心理动力学心理治疗以及诸如克里希纳穆特里这样的许多领袖的主要信条就是有意识地认识某一冲突并驱散这个冲突。尽管有些证据证实了这个断言（西尔弗曼，1976），但是人们却很难不断地意识到自己的感情。此外，上述这些方法尽管有帮助但却只是医疗的。最终，最有效的方法是预防性的（艾布利，1982）。气愤预防包括心理治疗的许多方面：通过谈论和思考一个人的情绪来认识他的本质，识别现在和

气愤处理方法是对以前的一个以乔治·凯利的个人构成理论（1955，1977）为基础的治疗学派的精练。象艾伯特·埃利斯的理性情绪疗法（1973，1979）（见第四章）一样，伍尔

人意外地没有意识到自己吃的多么多并且多么快，容易气愤的人比多数人对这些肌肉暗示更不敏感。记日记也可以帮助患者更多地接触自己气愤的经历。由于气愤是一种高强度-低频率的行为，所以考察出现气愤的最初延伸的形势也是很重要的。因为患者更加意识到这些早期暗示，所以他们就利用受到训练的放松反应或其他消遣行为来抑制气愤反应的发展。

患者也可以被鼓励去发现无效的信念是怎样导致气愤以及由此造成的挫折的。他们学会认识到自己生活的“责任”（例如“我应该总是在竞争中取胜”），这些责任通常反映的是对别人（常常是下意识地）内在化的要求。在多数情况下，如果在一个信念陈述中将“应该”变成“想要”，那么就改变了整个知觉：前者托管行为（以及成功的表现），而后者却允许选择。在对这个方法的反应中，有些患者可能会完全拒绝旧信念。这就造成了一种短期的危险，因为它可以使患者在高度肯定的情况下没有任何方针。进一步的治疗能够恢复所需要的结构。根据一项新近的研究，有些持续结构的有用性是显而易见的。格雷厄姆等人（1978）发现在经常参加教会的人中间的低血压水平在年龄、肥胖程度，抽烟以及社会经济水平上同不参加教会者是相称的。那些作者把这些结果归因于一个教会团体中可得到的宗教仪式，人际支持以及处事模式所提供的结构。

原发性高血压可以造成许多障碍，而成功的预防方案也确实降低了总的疾病和死亡率（利波斯基，1975）。然而，多数设计用来预防压力障碍的方案在取得它们的满意效果之

后不久就中断了。如果治疗后不对患者定期复查，那么这些收益也会很快丧失（福里等，1979）。

五、头　痛

紧张头痛

头痛是一种常见的心理生理经历。偶尔，头痛也表现脑创伤、肿瘤或损害的视力。偏头痛起源于心血管障碍而不是起源于紧张。但是多数人都患有肌肉挛缩头痛或称紧张头痛。这些头痛通常是由于肩和头的骨骼肌肉特别是颈背的持续紧张而造成的。

生物反馈疗法很适合于治疗紧张（亨德里克斯和迈耶，1974；福勒，1978），特别适合于治疗紧张头痛（考克斯，弗罗因德利奇和迈耶，1975）。把电极放在最紧张的颈背肌肉上。这些部位的电流量可以被探测，被放大并被转变成为患者被训练识别并最终控制的听觉或视觉表现形式。

偏头痛

偏头痛之所以划归心血管疾病，是因为它始于明显的头部动脉扩张（考克斯，弗罗因德利奇和迈耶，1975）。这种情况在化学上是由于在多数动物细胞中发现的一群类似激素的未饱和脂肪酸——前列腺素急剧生产而引起的。前列腺素的迅速综合不仅导致了头部动脉的扩张而且造成了作为一次危急偏头痛发作常见警告信号的胃病和视力问题。压力以及某些过敏症都能够很容易引起这些生理反应。

偏头痛发作是极度痛苦的而且通常用止痛药和一种麦角真菌的派生物——麦角胺进行治疗。虽然这种有效力的化学

药品使血管收缩，但是它还能够破坏这些血管和中枢神经系统。To Lfenamic 酸已经表明有希望成为治疗偏头痛的方法，因为它直接抑制了前列腺素的生产。头部脉管的扩张常常伴随着促使四肢更凉的手脚脉管收缩发生。减轻这种体温的不平衡有时能够帮助一个偏头痛患者。通过提供来自四肢传感器的温度(或热量)反馈，人们推论患者能够学会提高手的温度，这样就在偏头痛的开始时间接地阻止了头部动脉的扩张。不过，多数专家现在都相信热量反馈的主要用途在于它的放松感应而不在于对动脉方面的任何直接影响（布兰查德等，1978；库德芬，1978）。

六、其他的压力障碍

皮肤、呼吸道以及胃肠系统的种种障碍也特别易于受压力的影响。荨麻疹、皮疹和其他形式的皮炎都对情绪压力很敏感。然而，这种反应却能够变为积极的结果：例如，在催眠过程中使用暗示常常有助于减轻情绪上产生的皮肤障碍。

尽管遗传素质和食物也是重要的因素，但溃疡（胃衬里或十二指肠上的损害或疮伤）通常被理解为是由心理冲突产生的。帕内（1977）已经证实不可避免的冲突和压力产生溃疡状况。这就可以解释为什么溃疡在高级官员中不象在中等管理人员中一样常见：因为高级官员在他们工作中有更多的选择权和自主权。与此相类似，在部落中具有主要决策权的西北海岸的美国印地安人中发现的溃疡率很高。然而，由于高度的贫穷和部落价值观的逐渐瓦解，选择就很有限（格思里和坦科，1980）。

无论是高血压还是荨麻疹，压力障碍总是起源于一种与心理因素密切相联的生理机能失调，它们从生理上出现；这种压力或是促进或是阻碍该障碍的发作和进程。相比之下，尽管压力对于焦虑障碍也重要，但是表现形式主要是心理的。

第二节 顺应障碍

健康顺应的概念包括对某一变化着的环境的反应能力。当这种环境从根本上或突然发生变化时，在一次象龙卷风那样的大灾难的后果中，一个在其他方面健康的人可以显示情绪破坏而且有时可以通过妨碍记录或恶梦重新经历那种创伤。如果那些被改变的行为模式持续超出形势破坏，那么用DSM-III的话来说，它们就构成了一种外伤后压力障碍（见第六章）。如果这种压力物在正常范围内程度更高，例如，离婚、失业，如果很少重温经历，那么这种情况就被诊断为是一种顺应障碍。通常这种诊断受到一个表示该反应的情绪倾向的短语的修饰，例如，“带着抑郁的心情”，“具有混合的情绪特征”，“带着行为障碍”。一种顺应障碍不是对一种以前明显情绪无能的夸张。它是作为对一个明显可以辨认的压力事件的反应而出现的。

一、战斗障碍

有关成人顺应障碍的早期文献许多都论述的是由战时的压力和变化造成的障碍。第一次世界大战期间，英国病理学

家弗里德里克·莫特创造了弹震症这个词来表示由于受战斗状况影响刺激的顺应反应。莫特认为这些反应是由于微细的脑出血导致的。然而，不久，很清楚几乎从不存在任何有机的破坏。虽然后来的理论都集中在身体的筋疲力尽上，但是这不久也证明是一种太过分简单化的解释。而战斗压力——疲劳，无常和战斗的潜在危险这三者的联合体产生心理混乱，回避反应和长期存在的病状。

据估计，大约10%的第二次世界大战的参战者都因战斗压力而丧失能力。这种比率在朝鲜战争的初期大约是7%，在那次争端的结尾这种比率就下降到少于4%。在越南战争中这种比率最初被认为只有1%多点儿（伯恩，1979），但是现在众所周知它更高。

战斗枯竭率下降的一个主要原因是：第二次世界大战后把人员在12个月后从直接战斗中转移的作法。因此每一个士兵都能够提前知道将会结束这种经历的清楚点。在越南的士兵也获得了喘息的感觉，因为战斗不象作为以前战争特点的持久交锋，而倾向于零星的战斗（菲格利，1978，1981）。

更好的掩蔽潜在脆弱士兵的方法也有助于降低这种比率。心理上不成熟的人非常容易瓦解。有趣的是，那些具有焦虑历史的人并不一定就脆弱，可能是因为他们已经不得不对付焦虑的高涨。作为他们以前灌输焦虑的结果，他们不会因所有感情的严重混乱——即害怕失控而气馁。

二、环境创伤的治疗

在第二次世界大战中，表现出中等到严重压力的士兵通

常被带出战斗地带用船运送回家。不久人们观察到，他们离开战斗越久远，他们就越难回来。这些及有关的观察导致了参预的三个基本原则的系统提出：直接、接近、期望。这些原则在朝鲜争端和越南争端中得到了非常有效的应用。

1．直接包括3个主要的子原则：①早期探测，②迅速治疗，③迅速返回战区。能够观察战斗者的全体人员都学着把象轻微的骚乱、睡眠障碍、叫喊的咒语或焦虑这样的迹象识别为战斗枯竭的可能指示物。具有这些症状的士兵很快被带到附近的一个医疗基地，在那里他们有机会讨论自己的恐惧，消除疑虑，用药治疗以保证宁静充分的睡眠，然后返回战区。

2．接近起源于这样一种观察，即如果士兵被撤到一个远离战斗地带的地方的话，那么我们就更难使他们返回战斗。因此，参预首先应在一个附近的地方进行尝试。如果这样做没有效力，那么士兵就在一个师管营地得到更广泛的治疗，而且通常几天内就返回战斗。为了消除疏远感，人们也在总战区内进行所需要的较长的住院治疗。

3．期望在前两条原则中已暗示了士兵将返回战斗的期望。但是期望体现的是以下4种思想的明确交流：①恐惧和焦虑并不表示变态，②许多人都具有这样的经历，③这些经历是责任的组成部分，④通过避免未来战斗的增援是不会允许的。拒绝加强这种疾病作用类似于19世纪的道义疗法。

尽管这些参预原则的应用大大降低了战斗伤亡人员的比率并减少了长期存在的消极影响，面对战斗（象具有长期压力的民间灾难）确实暗示了长期的伤亡。美国退伍军人管理

局进行的研究已经发现，尽管参预原则很有效，但是严重的问题也总是折磨着参战退伍军人。据估计他们的心理症状比率要比非参战退伍军人的心理症状比率高得多（彭克等，1981）。战斗幸存者也死得更早而且所表现的身体障碍比率也更高（菲格利，1978；彭克等，1981）。

三、民间灾难综合症

人们对民间生活中灾难（龙卷风和飓风的后果，飞机坠毁，失火等等）的反应同被更好证明的战时创伤反应有许多类似之处，直接、接近和期望的原则对于治疗民间灾难综合症很有效。然而，在战斗中，人们期望这种灾难，因为在某种意义上它是有计划的甚至是被预算过的，所以准确的观察和参预就更容易。

民间灾难的意外性质造成了一种与战斗中不同的反应顺序。典型的民间外伤后综合症的发展经过了以下4个阶段：

1．震惊期：受害者迷惑，茫然，而且好象失助。开始受害者在情绪上可能无精打采，但是他们很快变得很容易接受别人的暗示和影响。提供支撑结构的直接参预非常重要。

2．否认期：当震惊消逝之后，许多受害者就转入否认阶段，甚至转而去发展一种类似庆祝的心情。假如，1974年在肯塔基州路易斯维尔的一次劫掠性龙卷风的受害者以一种有时充满了聚会般典礼的友好团结的态度联合在一起。这样他们就一度有效地否定了这种破坏性。

3．现实期：当人们最终面临这种灾难的实际影响时，现实就闯入了，而且延迟的抑郁、焦虑和恐怖反应也就出现

了。在路易斯维尔龙卷风之前的许多年人们普遍对收音机和电视关于可能有龙卷风的报告作出厌烦冷淡反应，嘲笑它们不知道“监视、预告或诸如此类事情之间”的区别。之后的许多年那些经历过那次龙卷风的人们便准确地了解到这些术语意味着什么。甚至最小的暗示也可能会使他们匆忙跑进他们地下室的西南角。地方的治疗者也报告说诸如恐惧雷暴雨这样类似的心理病状的发生率增高了。

4．恢复期：最后，外伤后反应呈现而且必须受到处理。就连未受过严重影响的人们也有一种商量那些事件的连续需要。那次龙卷风后的几年来，路易斯维尔的人在纪念日都举行龙卷风聚会，地方报纸和电视也重新报道那次灾难的经过和图片。类似的灾难，例如，圣海伦山的火山爆发，都在它们的后果中引起了类似的反应。

象参战退伍军人那样民间灾难的多次受害者都没有经历过任何持久的障碍。很小一部分经历持久障碍的人一般都是这样一些人①他们的条件恐惧没有迅速或有效地得到处理或②当主要的压力事件发生时他们处在一种相对边缘的顺应状态之中。因此。他们的恐惧有时间泛化、具体化和扩大化倾向。这样的事件伴随着种种其他原因能够导致后面几章将讨论的障碍。

本　章　要　点

1．尽管压力在实际上所有的身体和心理障碍中都能够作为一种因素，但是压力障碍指的是某一心理因素作为诸如原发性高血压和紧张头痛这样的实际身体障碍的一个主要原

因的情况。

2. 各种理论都试图说明压力障碍产生的方式，例如，人格模式理论和客观压力理论。

3. 有些理论提出这样一个更具体的问题，即为什么一个人在一个系统中受影响（比方说受头痛的影响）而其他人却在其他系统中受影响（受原发性高血压、胃痛、或皮肤障碍的影响）。遗传障碍理论，器官缺陷理论和人格模式理论都是所提供的主要解释类型。

4. 原发性高血压充当着许多不同压力障碍的模型，因为尽管心理因素（例如，不能表示侵犯或对付挫折）很重要，但是种种生理原因（例如，遗传学和食物）也能够起作用。

5. 诸如有助于表示侵犯或控制侵犯感情发展的气愤处理这样的方法有助于治疗原发性高血压和种种其他的障碍（见第十三章）。

6. 虽然压力促进了偏头痛的发作，但是直接的原因却是由于前列腺素的急剧生产而导致的头部动脉的明显扩张。压力是紧张（肌肉收缩）头痛的主要原因。

7. 治疗灾难和战斗压力受害者的传统参预原是①直接，②接近，③期望。

8. 在民间灾难综合症中的典型反应阶段是①震惊期，②否认期，③现实期和④恢复期。

第六章　焦虑障碍

在DSM-Ⅲ中，恐惧障碍和焦虑状态都是焦虑障碍的子类。所有的焦虑障碍反映的是焦虑的最初经历以及后来处理焦虑的种种模型的发展。除了压力所具有的生理反应（出汗、心搏过速，肌肉紧张，胃痉挛）之外，焦虑障碍也伴随着对未来威胁的预感在心理.忧伤的紧张感情中出现。如同在本章后面所讨论的莱斯利个案一样。也许存在有一个明显的忧虑目标。不过患者通常在某种程度上没有意识到焦虑的起源。恐怖障碍和焦虑状态之间的本质区别是在恐怖障碍中患者的担心或焦虑是对着一个很具体的人或环境。最不被人注视的恐怖形式是恐旷症。恐惧忧虑与其说类似于焦虑倒不如说类似于害怕。只有恐怖症具有破坏性而且无保证这一事实才使它表示障碍。

我们讨论的是DSM-Ⅲ中所列举的每一种主要焦虑障碍但不是每一个子类。多数子类都是具有混杂意义的词语或具有象进一步讨论将是多余的这样一种明显的意义（例如带有或没有恐慌发作的恐旷症）。

与我们全书的方法相一致，我们在本章将讨论这样一些人格障碍，即它们在其他方面被包括在第十三章中，因为它们常常被比较或被混淆。因此，我们将讨论这些回避和强迫的人格障碍以分别说明它们与主要恐怖症和强迫性人格的相

似之处和不同之处。

第一节 恐怖障碍

恐怖障碍是这样一些模式，即在这些模式中，惯常的回避行为连同一种对某一特殊物体或环境的不合理害怕一起出现。恐怖症患者都普遍意识到自己恐惧的不合理性而且常常能够口头上承认自己的焦虑是不相称的。如果这种害怕要被称为恐怖症，那么它就必须具有一种有点儿具体的刺激，如患有心脏病而普遍地过分忧虑不会成为一种恐怖症。

许多人都有一种或另一种非无能恐怖症：有些人避免过高；另一些人很怕蛇。不过，这样的恐惧通常能够由最小的回避模式来加以控制。传统的恐怖症是以对一个相对分离的刺激不相称的，扰乱的而且无能的反应为标志的。

一、单纯型恐怖症

单纯型恐怖症很通常地与恐怖症这个词相联系。它们可以包括对蛇、蜘蛛，或其他任何具体物体或环境的恐惧，因为它们明显地与（本章后面将讨论的）恐旷症或社会恐怖症不同。单纯型恐怖症具有单一且具体的目标。结果患有恐怖症的人比那些倾向于更多地含有象恐旷症那样的恐惧症患者更不受干扰而且在情绪上反应更少（塞夫和阿特金，1979）。顺便说一句，这种情况的一个有趣的例外是指怕脏，因为它最初可能好象是一种单纯型恐怖症。然而，当更仔细地检查时，它通常证明表示一些更复杂的冲突而且很经常地表示一

种强迫性障碍。

莱斯利的个案

莱斯利是一个44岁的妇女，她对蛇的长期恐惧在过去的两年中逐渐加剧了。虽然当莱斯利在长岛成长时她除了在动物园之外从未走近看过蛇，但是她却总是害怕蛇。当她两年前同家人在佛罗里达度假时，她痛苦被蜘蛛咬了一下。她非常担心蜘蛛以致于全家人被迫缩短了假期。她不久就开始担心"蛇，多数昆虫以及令人毛骨悚然的小东西"。由于她经常碰到后两种东西，所以她的焦虑加剧了。她同自己的医生谈话，她的医生便将她交给了一家私人诊所。

莱斯利已经显现出一套有关的单纯型恐怖症。她对蛇的长期恐惧在我们的文化中为许多人共有，这种恐惧最初并没有破坏性，因此它不会被正式称为一种恐怖症。不过，一些相关恐怖症的增加非常明显地限制了她的自我感和实际流动以致于一种正式的恐旷症就变得适当了。

专栏：单纯型恐怖症的类型

高处恐怖——怕高

雷电恐怖——怕风暴、闪电和雷电

幽闭恐怖——怕封闭的房间和地区

血恐怖——怕血

恐水症——怕水

恐秽症——怕细菌和污染

恐夜症——怕黑

恐群症——怕人群

恐恐怖症——怕恐怖

恐死症——怕死

陌生恐怖——怕陌生人

恐兽症——怕一种或普遍的动物

二、病原学

恐怖症常常据以产生的两个主要方法是通过①模仿和②直接经验学习。莱斯利的个案就有力的证明了模仿能够产生恐怖症的方式。象多数人一样，她对蛇的恐惧并不是在同一个爬行动物不愉快的实际相遇的基础上产生的；即不存在任何直接经验知识。相反人们认识到她母亲非常怕蛇，而且当她同莱斯利一起参观动物园时一看到蛇就急剧产生反应。结果，莱斯利只不过是体现了她母亲的反应而已。据此，她以一种间接的或替代的形式学会了对爬行动物的恐惧。在多种环境中，我们应该指出模仿是一种有力的学习工具。模仿文化上被赞成的行为的成人都把自己的孩子从无效率中而且有时从有关尝试错误学习的危险中挽救出来。不幸的是，有时这些被模仿的形式引起了顺应不良的行为，例如，在恐怖症中（罗森塔尔和班杜拉，1978；埃米尔坎普，1982）。

我们的朋友——一个才华横溢的心理健康的作家尽管她从未因恐惧雷暴雨而受到人身创伤，但是却把一种对雷暴雨的恐怖带入成年。不过，她母亲非常害怕风暴，在风暴时，她被硬推进地下室，点蜡烛，并且紧张不安地做着祷告。在有些方面，我们的朋友对风暴怀有这种强烈持久的恐惧并不令人惊奇。毕竟由于她呆在地下室，所以她实际上没有经历过许多直接的影响。可能发生的是对风暴的局部印象获得了各种新异和不准确的联想，包括也许是宗教的含义及其他。结果，由于没有直接经验，她的恐惧和焦虑以一种同孵化过

程非常相似的方式暗中被培养着。即使我们的朋友试图在暴风雨时向自己的孩子隐瞒自己的反应，但是她的孩子也开始产生一种类似的小恐怖症。然而，他们对她隐瞒不住的小暗示产生反应——这些小暗示表明模仿并不必然是以明显的行为为基础。我们朋友孩子身上的这些行为可能就起源于**替代模仿**。莱斯利正是以同样的方式学会了怕蛇。

莱斯利后来同蜘蛛的相遇就是另一种方式（即直接经验学习）的例子，按照这种方式，许多人都产生了恐怖症，她具有一种带有实际刺激本身的强烈的消极感受。根据她对蛇的害怕，莱斯利延及到对昆虫和“令人毛骨悚然物”的更无能的恐怖症（马修斯，1978）。

有一个存在论者可能会指出莱斯利的恐怖症为她生活中的焦虑提供了一条易被接受的途径。两年前由于她的孩子们不依靠她做父母的行为方式——对“空穴”综合症的传统矛盾心理，所以她正面对着是否回去工作的决定（拉宾，1980）。她的大儿子被允许同朋友们留在家里而不去度假，他独立意识的明显发展可能会增加她的焦虑。根据这种观点，莱斯利的恐怖症是与很大程度的继发增益相联系，因为它使她能够早回家以再坚持自己的父母角色。然而，她没有必要要求全家人直接这样做。继发增益对于保持很严重的恐怖症很重要。但是模仿和直接经验学习连同习得回避模型对于产生恐怖症都常常是首要的。

三、治　疗

第四章所描述的**系统脱敏法**，是治疗特定恐怖症状的最

常用并且最有效的方法（埃米尔坎普，1982）。莱斯利的治疗者利用系统脱敏法首先训练她放松，然后教她构造一个产生焦虑的刺激层次。最后他们设计了3个层次：蜘蛛层次，一般昆虫层次和包括蛇在内的“令人毛骨悚然物”的层次。莱斯利被要求尽可能在每一个类型中描述最容易产生焦虑的环境，而且那种场面被分配给100分。很少引起或没有引起任何焦虑的环境得0分。附栏说明了包括蜘蛛环境的层次。

专栏：带有想象刺激的恐怖症治疗

利用想象刺激治疗莱斯利蜘蛛恐怖症的环境层次

反应水平	想象刺激
100	
（最高分——最容易产生焦虑）	想象蜘蛛正在从我的体孔爬进爬出
	想象躺下有一个蜘蛛正在我肚子上爬
	让一个蜘蛛在膝上走
	触摸一个不动的蜘蛛
50	
	看见一个蜘蛛穿过房间
	在森林里看见一个蜘蛛在我前面
	听某人说这个普通地带有蜘蛛正走在森林中
	在电影中看见蜘蛛
	看见蜘蛛的图片
0	

最低分	在一次演讲中听一个教员提到蜘蛛这个词

在10个疗程中，莱斯利都接受放松训练（见第五章），然后被带着经过她曾帮助设计的层次。这些程序的结果推广得很好，以便她最终在一个尽管有蜘蛛和蛇的房间里也能够舒适地从事自己的正常活动。她从没有舒服得去真正地摸蛇或蜘蛛，尽管许多以前恐惧蛇或蜘蛛的人学着那样做。

在临床实践中，系统脱敏法本身常常就足以治疗单纯型恐怖症（埃米尔坎普，1982）。更复杂或多重恐怖的环境可能需要多重模型参预，需要同时使用诸如自信训练、模仿或团体疗法这样的方法来帮助补救产生于反应退缩或长期存在的有关社会不适当模型社会亏空。药物治疗也似乎有助于教授预防复发的技能（夏皮罗和吉伯，1978）。就预防方法而言，还存在有迹象表明综合放松方法训练和认知自谈方法可以有助于阻止恐怖症的发展（丹尼希和丹吉利，1980）。

四、恐旷症

恐旷症（字义上是“怕市场”）是对孤独或发现自己在公共场所得不到自己——期望得到的帮助的病态性恐惧。恐旷症的一个有趣的变种——毕业恐怖症是害怕从学校毕业承担成人的责任。它在日本尤其常见，这反映了多数日本儿童所产生的高度的依赖程度，反映了摆脱成人责任的长期的青春期自由，还反映了成年期成功所需要的高水平的行为表现。

专栏：儿童恐怖症的预防

1. 预防儿童恐怖症的一个基本方法就是帮助儿童在恐惧可能正在产生的地区表演一种优势反应。扮演角色常常是有益的第一步；例如："让我们假装我们是超人并且象超人那样做事"。

2. 接触潜在的恐惧刺激也很关键。这一步类似于第四章所提到的正视恐惧刺激，因为它对于多数治疗者都是必要的。因为学校能够作为年轻儿童恐怖症的来源，所以，在录取之前带他们去几次学校并且在那里做游戏分享快乐是有帮助的。

3. 如果一种学校恐怖症产生了，要尽可能快地寻求职业帮助，同时要确保该儿童继续上学。

4. 常见恐惧的另一个来源就是黑暗。让该儿童得到一小束夜光，再继续进行优势反应。

5. 在某些情况下，对某些动物的差别恐惧是有利于健康的。角色扮演（例如，你扮演那个儿童的角色，让那个儿童扮演动物）和对不同环境的讨论也能够有帮助。暴露和发展对"安全"动物的优势反应也有助于辨别。

6. 为了克服对水的最初恐惧，进行逐渐的暴露（慢慢地增加在水中的时间、位置等等）。"沉浮全凭自己的"方法对有些儿童起作用；大多数儿童都成为畏缩者。

7. 每当儿童经历一次失败，例如从三轮车上跌下来，不要让他们回避这种处境。逐渐地、坚定地、温暖地而且尽可能快地让他们回到那种处境中去，这样有助于发展优势反应。

病原学

通常、成熟的恐旷症发生之前先出现另一种焦虑——即一系列惊慌发作。恐旷症患者有一种无助感，他们预感到这些

惊慌反应在没有预先警告的情况下随时都可能会出现。他们最大的恐惧就是在心理上被遗弃，被迫面对着惊慌将会出现并战胜自己的可能性。象其他的焦虑障碍患者一样，恐旷症患者具有一个很低的"不安焦虑"界限——即，他们的最大恐惧是自己将被恐惧和焦虑压垮（A·埃利斯，1979）。

尽管恐旷症这个词在DSM-Ⅰ或Ⅱ中甚至未被列举，但是DSM-Ⅲ却给恐旷症提出了很大的范围。这表明恐旷症的发生率在上升，这种情况也许是由于我们社会中日益增加的人际关系的疏远和职业和社会能力的高要求引起的。另一些因素也可以促使恐旷症的日益流行，增加的都市化，上升的离婚率，核心家庭的瓦解以及广泛的社会和地区流动使人们比以前更容易发现自己孤独地面对着世界的要求（刘易斯，1981）。尽管这种压力可能会在童年引起分离焦虑和学校恐怖症的发作，但是人们常常在青春期最初体验到它们的强烈影响。后来，社会角色或职业角色的变化使人们容易受恐旷症的影响；例如，一个经历绝经期的家庭主妇必须同时妥善处理自己的孩子离开家的可能性。这样的个体可能会闭居家中，打破自己因对配偶和孩子的操纵行为而造成的孤独以及花很长时间在电话中谈话。不幸的是，这种防御物很少有效，因为它们最终同那些帮助者相异化。因此，由于孤独，许多恐怖症患者也变得抑郁了。许多人利用酒精和其他药物来削弱自己的焦虑，他们的焦虑也必然会导致吸毒成瘾的窒息形成和更加复杂的治疗。

治 疗

（与单纯型恐怖症相比）恐旷症的普遍品质通常需要顺

利合作的多重模型参预。心理治疗，自信训练以及社会技能训练的结合必然会完全改变那些常常伴随恐旷症的有关社会和人际问题。另外，系统脱敏法和行为矫正治疗（或倾吐）都常常用于治疗严重的焦虑和恐旷症的病态性恐惧方面（钱布利斯等，1979；埃米尔坎普，1982）。实际上，行为矫正治疗在理论上是一种适合于治疗某一障碍主要症状的理想疗法，因为它最初旨在提高焦虑程度。恐旷症患者通常是如此焦虑以致于他们正好逐步采用了行为矫正治疗，这就使治疗者只有开始消退阶段（见第四章）。

使用行为矫正疗法的治疗者通常要求患者想象恐惧刺激的变动。为了方便起见，这种恐惧刺激很少活泼地被呈现过，即使那样做可能会象很少那样做一样有效或者甚至更有效，但情况也是如此。例如，为了向格里提供真正刺激，治疗者必须将他隔离在一个离开家的地方，然后突出他的寂寞和孤独。这个程序将会是残酷无情的而且不便于管理。而引起焦虑的刺激却是用言语提出并在想象中加以处理的，例如下面这段格里和他的治疗者之间的对话摘录：

治疗者：你母亲和姐姐已经把你留在那间被遗弃的小旧屋里……你没有汽车，没有电话……你处在荒野之中……乌云很不吉祥……你能够听见你母亲的声音“我们不想再见到你，单独离开我们”……。格里，清楚看到所有这一切，你很孤独。

格里：噢，上帝，我不想。（开始哭）

治疗者：不要阻止那些意象。你很孤独……外面天气很冷，阴森森的……你设想听见了就在你出生后你母亲和父亲

谈话的模糊声音。“我但愿我们从未有过这个孩子……它太烦人了，也许我们可以在什么地方正好把他丢掉或把他放弃掉让别人来收养”。

这种方法显然地令人不愉快；不过，钱布利斯和他的同事(1979)发现在那里焦虑的经历也许不是什么改进措施。他们用一种标准的行为矫正疗法治疗一组恐怖症患者并向另一组患者提供一种缓和剂以便那些患者在经历那种行为矫正次序时不会经受那种焦虑。第一组改进了，而另一组却没有。

行为矫正方法不仅对于患者很痛苦而且对于治疗者也有很高的要求。许多治疗者感到他们根本不能使用行为矫正治疗，因为他们不能彻底得出焦虑的必然程度。

五、社会恐怖症

象恐旷症那样，DSM-Ⅲ中的**社会恐怖症**这个术语在该手册的前两版中都没有出现。它包括因别人对自己行为的消

成这种行为，那么焦虑就毁损了他们的行为，并可能使他们明显地发抖或抽搐。他们认为自己将是不适当的自我预言于是就实现了，而且他们对类似的未来处境的先行焦虑也加剧了。

在操作上，社会恐怖症患者表现了对具体社会环境的回避。他们的恐惧有破坏性和不合理性，而且他们的先行焦虑也很明显，但是他们认识到他们不能妥善处理焦虑的自我知觉是不恰当的。如同治疗恐旷症一样，只有多重模型方法才是合理的。尤其是，系统脱敏法，行为矫正治疗和社会技能训练有助于治疗社会恐怖症（罗森塔尔和班杜拉，1978；埃米尔坎普，1982；马歇尔等，1982）。

六、回避人格障碍

恐旷症或社会恐怖症最初都可能同回避人格障碍相混淆。回避人格表明对社会拒绝的高度敏感，表明缺乏个人积极性和自信行为，结果它可能是明显地闭居在家的或在社会上患有病态恐惧症。但是，象那些具有其他人格障碍（见第十三章）的人格一样，回避人格在以下3个重要方面与患有焦虑障碍的人不同：①他们的行为很少给他们造成焦虑；②他们问题的起源可以追溯到童年；③他们的具体症状对于他们的总人格并不感到异质（或称“自我相异”），至少在治疗其他严重症状时的苦恼导致在环境上产生的焦虑之前不感到异质。

为了克服表示回避人格障碍特征的自贬和顺从的人际行为，自信训练是有帮助的（罗森塔尔和班杜拉，1978）。一旦

原
书
缺
页

181---212

感到脱离了自己的正常意识，似乎他们是对自己的独立观察者。他们报告说，自己感到虽然外部世界的典型现实已被改变，但是在意识中却没有任何破裂。所有的人都要经历这样的小反应，而且现代的有些宗教领袖甚至断言，如果一个人要得到启蒙，这样的经历是必要的。

当一个人在预觉这样的事情时感到缺乏控制的时候，这种障碍就出现了。许多人虽然不特别为这种经历本身而烦扰，但他们却害怕这种经历预示着更异常的行为。于是人格解体就适应先行焦虑，而且恶性循环便能够产生，这样就强化了这样一种信念，即实际上他们将发疯。

穆尼奇（1977）描述了这样一个少女的案例，这个少女由于对她母亲的敌对气愤感情和有关她父亲的乱伦观念而产生了这样一种反应。当她被一只蜜蜂叮住时所经历的一种以前的轻微谵妄就可能曾充当过这种经历的一个模型。心理治疗证明是有效的，因为它通常用来治疗人格解体障碍。心理治疗对于通知该患者这种事情是正常的而且不必然导致精神病也是重要的。

五、多重人格

按照DSM-Ⅲ，多重人格的本质特征是患者在任何时候都受一种或两种或更多的独特人格的支配。这些人格明显地相互分离。每一种都体现了一种完整的同一性，即具有一套独特一致的行为和社会模式，而且人格间的过渡也是突然的。多重人格障碍很罕见，在这本文献中只提供了大约200个案例来作证明（温纳，1978）。

多重人格对于许多人来说是混乱的一个根源，因为这些媒介物已经共同地将它同精神分裂症联系起来了（康弗和艾布尔斯，1982）。但是多重人格并不是精神病，因此它也不是精神分裂症。尽管有时具有多重人格的人的思维可能存在有妄想的特性，但是却没有任何对外部世界的妄想，也没有任何知觉或认知过程的障碍。因为他们没有失去同现实的真正联系，也没有包括任何精神病。

具有多重人格的患者之所以把自己归入此类是因为那种主要的人格已经表明了他或她生活中的某些特质，例如不记得同某人的互动或一般的混乱。心理治疗常常由催眠来补充，它通常导致了一种不同人格的发现。其他的人格后来也可能出现。人们完全有理由相信有些人格可能是由于一个对这类案例特别感兴趣的治疗者的间接暗示以及后来又由于通过治疗者恢复的对该患者案例的“关心”而在医疗基因上（即作为治疗本身的结果）造成的（格伦瓦尔德，1978）。在电影《傍晚的三种外观》（赛兹莫尔和皮蒂罗，1977）和《西比尔》（施赖伯，1974）一书中盛行的多重人格都可能是从医疗基因上引起 。

病原学

研究者继续争论人们是否能够真正具有两种或更多的分离人格。没有谁当真相信在多数文件证明的案例中含有真实的或一贯的诈病（康弗和艾布尔斯，1982）。本质的问题在于怎样把它们定义为真正分离的。最初的人格很少意识到更新的人格，尽管其他的观察者人格常常是相互认识并且也认识最初人格。不过，在研究文献中，认识到其他的人格并

没有使该观察者人格被定义为更不真实的。

有一种证实真正分离的方法可能会发现那些分离人格的始终不同的脑电波模型的种种迹象，正如研究者也希望在这些模型中的差异可能会将催眠中的昏睡状态定义为是与正常的醒觉状态相分离的（奥斯古德等，1976）。来自国家精神卫生协会的预备材料确实表明每一个多重人格都可以放射出一种独特的脑电波模型。然而，多数研究者似乎都把这种对真正分离的探索看成是枉费心机，因为多重人格只包含一个人类有机体和一个脑。很少有真凭实据表明分离的人格反映了大脑的各个部分或不同的生理学。

心理动力学论者传统上都把多重人格看成是一个人被抑制的自我状态的连续觉醒（奥斯古德等，1976）。一种更具有说明性的理论强调的是与以前轻微的分裂经历（例如酒精中毒）和/或角色扮演（例如作为一个演员）中的经历相结合的心理创伤的影响（温纳，1978；奥斯古德等，1976）。这种分裂通常是因最初的人格不能妥善处理或整合的一种严重的情绪震动而引起的。按照这种观点，这种分裂虽然是一个面临潜在情绪分裂而保持心理生存的下意识试图，但这个试图却是有目的的。

很自然，这些新人格常常体现了种种与最初人格相反的特性（康弗和艾布尔斯，1982）。最初人格倾向于相当保守而且在社会上受限制，于是浮夸的个人风格和无意识表现的性行为就在这些更新的角色中找到了出路。

在温纳（1978）所描述的南希的例子中，那个人格的一个略微不同的方面首先被分裂了而且后来又作为一个叫做

基蒂的替换人格重新出现。南希具有严重的创伤史，其中包括受她曾祖父的骚扰，目睹她父母之间狂暴的打架以及当她13岁时被她妈妈的男朋友强奸而当时她妈妈醉得不省人事躺在他（她）们旁边。在同一年里，她还回家来发现妈妈在同她（南希）的第一个男朋友睡觉。此后不久，南希就表现出她的第一个小分裂模型。她为了逃跑而结了婚，结果却发现她丈夫爱骂人，爱酗酒而且不诚实。她妈妈公开向他调情并最终勾引了他。当南希为此而烦恼时，她妈妈就骂她并且用刀子威胁她。南希总是被迫抑制气愤的或自信的感情，她通常都是沉默无语而且适度地追求尽善尽美。毫不奇怪，她的替换人格——基蒂非常爱寻衅，对男人抱有敌意而且同时还不断地对男人调情。

以下这几种人都特别容易产生多重人格：①曾遭到母亲拒绝的人；②趋向于表现过分惹人注目行为的人和③具有不现实的高行为标准的人（温纳，1978）。如前所述，一种强化的治疗者回答能够便于出现另外的人格。

治　疗

传统的心理治疗通常着重于心理动力学理论，它一直是多重人格的典型疗法（奥斯古德等，1976；温纳，1978）。辅助的催眠疗法似乎有助于患者感到更自由地表现出这些突变人格。不过，由于催眠经历本身的分裂特性，使用这种方法就需要谨慎小心。

本章要点

1． 做作障碍是指通过有意识的欺骗来表现不真实的症

状。这种障碍主要产生于患者的个人心理，而不是产生于诸如诈病这样的一种为人们所共同认识的动机。

2. 做作障碍最难诊断和治疗。患有这些障碍的人都共同具有一种为医疗问题提供经历的背景。

3. 欺骗可以通过心理测验、行为观察和象测谎器这样的具体生理装置来评价。没有任何人有安全装置，一个关键的因素可能是患者认为测验能够测谎的信念。

4. 代表体格障碍的机质性症状尽管在现实中没有任何基础，但是它们却产生于一个下意识过程而不是产生于有意识的欺骗。

5. 体格障碍由4个子类组成：①躯体化障碍，它以多重慢性的模糊症状为特征；②转变性障碍，在这种障碍中，一个或几个相关症状直接反映了心理冲突；③心因性疼痛障碍，在这种障碍中，症状是身体疼痛；以及④疑病症，在这种病症中，尽管存在有意思相反的专家再保证，而小病或身体变化还是被不现实地解释为一个严重障碍的指征。

6. 疑病症以及在某种程度上其他体格障碍所共有的几个因素是：①以前在疾病环境中的经历；②利用疾病来获得某个强烈被依靠者的注意；③为心理冲突以及心理同一性变成这种障碍开辟途径；④保持这些模型的强化。

7. 分裂障碍以意识分裂为特征。遗忘症和心因性神游以记忆丧失为特征；罕见的多重人格以分离的有意识人格为特征，人格解体障碍以对自我的一种不现实感为特征。

8. 多数分裂障碍反映的是不能接受或整合心理冲突或

创伤或不可接受的冲动。以前具有分裂症状（也许是在酒精的影响下或是在发烧引起的谵妄过程中）的经历是常见的。

第八章　精神分裂障碍

精神病的本质特征是一种严重得足以产生丧失同现实的联系的障碍。称作精神分裂症的特定精神病子类表明了在信息处理中的障碍，而且在人际和职业环境中还带有伴随的情绪反应问题。当然多数人都经历了一些情绪压力或疲劳可能促使他们变得有点儿混乱的暂时阶段。不过，精神分裂症患者都长时期经受了严重的思维损伤。

第一节　诊　断

一、发病率

就总障碍的严重性，预后，恢复速度，对患者情绪和身体代价以及对家庭和社会的情绪和金融代价而言，精神分裂症是最严重的精神病。在美国大约每100个人中就有一个人至少一次将被诊断为精神分裂症患者（伯杰，1978），而且第一次出院的精神分裂症患者只有一半机会在医院外面呆上两年。尽管最近的统计数字表明男子更常患有这种病症，但人们都认为精神分裂症的发病率在男女之间大致相等（卢因，1981）。

二、DSM-Ⅲ标准

DSM-Ⅲ引用思维障碍，幻觉和/或妄想作为精神分裂症的本质特征。思维障碍包括妄想思维，逻辑上的分歧和自由的联想（见本章后面关于精神分裂症障碍言语模型的专栏）。幻觉是在缺乏恰当刺激情况下的感觉经历，例如看见某个不存在的东西。尽管任何一种感官都可能产生幻觉，但是听觉幻觉（听见不存在的事情）在精神分裂症中最常见。妄想是关于世界的错误信念，尽管存在有意思相反的信息，但是这种信念却继续存在。在精神分裂症中被损害的信息处理很可能部分地说明了保持妄想思维的原因。因为妄想是妄想狂的基本特征，所以我们将在下一章讨论它。

DSM-Ⅲ要求精神分裂症被诊断之前至少有6个月这种障碍模型是慢性的，尽管它并非总是积极的。患者的症状不需要在这整个时期由一个临诊者的直接观察来证明。假定疲劳、酗酒，种种药物，甚至血液中的钙和磷水平失调能够引起一些类似于精神分裂障碍的暂时障碍，那么6个月基线期的要求就有意义（卡曼和怀亚特，1979）。

跨文化变态：自我意识障碍：一种跨文化现象

自我意识障碍有时叫做社会的反常状态，我们在多数文化中都可以观察到这种现象，特别是在变化时期。自我意识障碍是一种至少反映以下的一个而且通常是几个模型的经历：①远离统治文化；②后天的失助或无能（见第十章），③遭到潜在同伴的拒绝（见第八章），④丧失据以生活的规则或规范；⑤丧失自己工作或兴趣的意义感（格

思里和坦科，1980；克利和迈耶，1981）。照此，自我意识障碍就常常是分裂障碍和许多其他类型的心理病状，例如抑郁症和精神分裂症的一个重要特征。

象以下这样的各种因素都有助于在社会中产生自我意识障碍的经历，①工作中不断增强的专业化（尤其是面临着高水平的技术）；②象“未来的冲击”这个概念中所列举说明的社会的迅速变化；③传统社区和家庭模式的瓦解；④高比率的地理流动。

美国本土的部落群体曾不相称地经受着种种引起自我意识障碍的压力。例如，格雷夫斯（1970）研究了259个从保留地迁移到丹佛10多年的那伐鹤男子。他发现那些不仅失去了同自己原来的文化群体的同一性而且在城市还遭受到社会拒绝的人都表现出高比率的自我意识障碍，特别是表现出大量的喝酒行为，那些保留同自己的文化背景交往并且虽然已婚但还在那伐鹤社区之外交些朋友的人所表现的自我意识碍障和喝酒的比率都很低。

另一些人还检查了迁移中可比较群体的活动。例如，迁移到哈得孙湾东海岸的一个新社区的爱斯基摩人之所以很适应，是因为他们乐意学习一些对于该社区很重要的技能。相比之下，那些不愿意把狩猎作为一种职业优先权放弃的克里印第安人就不那么容易适应而且表现出较高的自我意识障碍（格思里和坦科，1980）。

当处在过渡中的一代人试图顺利地渡过那种文化的鸿沟时，他们很可能会受到自我意识障碍的影响。如果过渡群体的成员①保持同原来文化的关系感觉；②获得允许接近统治文化的技能（例如语言和职业技能）；③发展包括来自原先文化和统治文化的人们在内的友谊网络，种种自我意识障碍的可能性以及诸如分裂经历，抑郁和酒毒滥用这样的相关心理病状的可能性都可以被减少。

三、特　征

虽然幻觉、妄想或思维障碍的迹象被认为对于诊断精神分裂症是必不可少的，但是我们还可以发现其他的特征。尤金·布刘勒用精神分裂症这个词代替了以前的早发性痴呆，他（1930）列举了自己所认为的这种障碍的共同特征。这些特征在历史上被称作四A，它们是孤独症（autism）（类似于人格解体），矛盾情绪(ambivolence)以及联想(association)和情感（affect）障碍。当在这个上下文中使用时，孤独症是指逐渐不能区分自我和周围的环境，好象某人的特性渐渐驱散似的。这通常伴随着出现同别人相脱离的情况。矛盾情绪是指干扰人际关系的冲突感情。联想障碍是指不能合乎逻辑地把几种思想联系起来。情感障碍主要是指在情绪反应中要么极度的变化——叫做易变性，要么就极度的单调。布刘勒的四A尽管不是一种范围很广的或详细的描绘，但它们却是精神分裂行为分类中极好的第一步。

情绪障碍通常叫做情感障碍，它常常表现为或是不恰当的情感或是单调的情感。在不恰当的情感中，人们所说的同所传达的相应情绪不一致。例如，一个精神分裂症患者在描述自己的母亲因血液障碍长期痛苦的死亡时却在咯咯傻笑。相反如果该患者在自己的描述中没有表露出任何情绪的话，那么我们就会注意到情感的单调性。人们在多数精神分裂症患者和一些慢性抑郁症患者身上就注意到情感的单调性。

人格解体是精神分裂症的一个共同特征，它常常与单调的情感相联系而且类似于布刘勒的孤独症概念。人格解体之

所以有时叫做丧失自我界限，是因为它可以导致幻觉经历。由于人们发现越来越不能区分自我和非自我的经历，所以他们似乎是从外面听到自己的思维和内部声音的。当精神分裂症患者“听见”一个声音时他的喉有时就动(麦奎根，1970)，这表明听觉幻觉实质上是在默默地表达自己内部的思想和恐惧。

由于精神分裂症患者始终是与人格解体一致的，所以他们就摆脱同其他人的牵连。他们之所以还在对付环境刺激上表现出认知问题，其部分原因在于表示他们思维过程特征的古怪自由联想。在控制对种种事件的反映时常常存在着一个相关的问题，结果就连最小的刺激也常常使精神分裂症患者不知所措。摆脱人们，特别是摆脱人群，因此就可以充当反对过分刺激的防御物，例如，这样做对于某些老人就明显地有效。

即使是在精神分裂症的早期，运动行为也减少了，偶尔还点缀着一些刻板而有力活动的插曲。不过，随着这种障碍的发展，这样的情况发生的就越来越少了。结果，那些治疗慢性精神分裂症患者的人们所面临的主要任务（如果不是实际上那么就在理论上）是使患者有活力，但这决不是件容易的事情。一个在病房里照顾精神分裂症患者的护理人员把自己的工作描述为“反对大量惰性的日常斗争”。这常常需要克服那些用来治疗这种障碍的一些倾向于减少运动行为的更炫耀表现的药物影响。人们可能会惊奇地听说精神分裂症患者住院所在的大部分住院处实际上都是些安静的地方，尽管书本和电影所传达的印象相反。

专栏：精神分裂症的障碍言语模型

在精神分裂症中常常出现几种古怪的言语模型。模仿言语是很常见的。在此患者重复着问题本身的词语，或者甚至鹦鹉学舌般地复述着整个问题，例如当莉娜住院后的第二天她同自己治疗者之间的互动就是如此。

治疗者：你今天感觉怎样？

莉娜：我今天正在感觉着，感觉着那些感觉。

治疗者：你还在听那些声音吗？

莉娜：我还在听那些声音，声音吗？

治疗者：你觉得自己今天想谈话吗？

莉娜：我不知道那些感情今天是否能够谈话。

此外，精神分裂症患者（以及科学家、广告公司和诗人）都是以发展新语症而闻名的，新语症从字面上讲就是“胡乱生造的新词”。精神分裂症患者常常构造一些把根本不同的思想与一种仅为该患者所知的内在逻辑联系在一起的新词语。因为多数人很少有兴趣去解释这些常常是稀奇古怪的联想模型，所以结果就与社会更加疏远了。一个常常使用miltherove这个词的精神分裂症患者就深深地感到被自己母亲拒绝，很明显，这个词象征着一个完整的感情丛。根据人们所能够进行的最佳测定，它是乳液和母爱的结合体。精神分裂症患者偶尔把各种自由联想的思想，新词读错音的词等等变成一些叫做语词杂拌的古怪混乱的结合物。

四、DSM-Ⅲ诊断子类

世界卫生组织所进行的一项重要研究（1979）已经证实了在种种社会文化环境中精神分裂症的综合诊断概念的可靠性。然而，在世界范围内，在精神分裂症的正规诊断方面似

乎存在着种种变化。例如，虽然英国的诊断学家倾向于把位于精神分裂症和情感障碍边缘的症状视为某一情感障碍的表现形式，但是美国的诊断学家却更可能把这些症状看成是精神分裂症的象征（德拉冈，1980）。

有几项研究已经根据有关DSM-Ⅲ要求的前一部分所描述的标准指出了在制定对精神分裂症精确的子分类中存在的问题。然而，这些研究多数都运用的是一些在临床实践中找不到的程序（例如，很少花时间同患者在一起，不利用其他工作人员的观察以及允许没有经验的临诊者进行最后的诊断）。

精神分裂症是一种具有易变表现形式的障碍（柯伦等，1982）；两个DSM-Ⅲ子分类的症状可能会在一个人身上同时存在；可能会出现盛衰；有些症状（随着具体的再诊断）可能会消失而同时另一些症状又可能会出现。不过，临诊者确实发现DSM-Ⅲ子分类很有用，而且任何甚至是间接地利用心理健康方法工作的人（包括教师、律师和警察）都应该熟悉以下的现象学（描述的而不是解释的）子类。

紊乱的（青春型）精神分裂症

紊乱的精神分裂症（在以前的DSM分类中叫做青春型精神分裂症）表现出分裂的或不连贯的言语和明显不恰当的感情，这种感情常常是以胡乱傻笑的形式表现出来的。“傻瓜”就是一个描述他们行为的恰当方法。妄想或幻觉虽然都是现存的，但是它们却通常没有表现出任何一致性或模型。紊乱的精神分裂症通常不断地形成更加冷漠的慢性模型。长期有效缓解的可能性很小。

紧张型精神分裂症

与紧张症相联系的障碍的严重程度可以主要在过分懒散和心理运动缓慢的行为中观察到。一个叫莉娜的患者就表现了紧张症的症状。当她丈夫发现她正以一种很古怪的姿势坐在地板上之后，她最终被带到医院。她凝视空间而且不愿以任何方式回答他。如果他移动她的手臂或身体，她就无限期地保持新的姿势。莉娜表现出一种叫做僵呆型紧张症的紧张型精神分裂症，它具有缩减运动的特征，在有些情况下，它还具有"蜡样屈曲"的特征，"蜡样屈曲"是这样一种状态，即在这种状态中，身体善于被动地接受运动。从身体上治疗僵呆型紧张症患者很象通过一系列动作改变商店时装模特儿的姿势。

相比之下，激动性紧张症是以不可控制的运动和言语行为为特征的。处于这种状态中的患者很难控制，因此他们对自己或对别人都可能很危险。这与其说是由于对个人的敌意引起的还不如说把别人完全看成是受摆布或受破坏的对象是一种脾性，在使用实际上抑制所有活动的有效药物之前，激动性紧张症患者有时被关进墙上装有衬垫的病房里，在那里他们偶尔疲劳得到僵呆，甚至死亡的程度。

紧张型精神分裂症通常遵循两条路线中的一条。在周期性紧张症类型中，突然发作之后，接着就是僵呆和激动的交替期。尽管复发是可能的，但是有效的缓解却是典型的。周期性紧张症患者之所以在由僵呆向激动转变时特别危险，主要是因为对于这种转变什么时候发生通常没有任何预告。

这种障碍还有一个慢性的形式，它以连续的僵呆为特征。这种形式的紧张症是逐渐发作的，而且不会缓解。象紊乱的精神分裂症患者一样，慢性紧张症患者常常形成一些无

差别或有后效的精神分裂症模型。

妄想型精神分裂症

妄想型精神分裂症或者表现为迫害或夸大妄想或者表现为妄想妒忌，它还常常伴随着出现一些相关的幻觉。这些妄想比另一些妄想障碍更紊乱。我们将在下一章中详细地讨论这个既有趣又重要的综合症。

情感分裂障碍

情感分裂障碍在DSM-Ⅲ中是作为一个完全独立的类型存在的。正如它的名称所指的那样，它处于精神分裂症和情感障碍之间的一个机能中点上，患有这种常见障碍的人既表现出严重的情感症状（通常是抑郁）又表现出精神分裂症状。同精神分裂症患者相比较，情感分裂症患者倾向于发病时间更短，出院更快，缓解机会更少，而且更不可能容忍其他患有精神分裂症的家庭成员。

虽然情感分裂障碍不是一种精神分裂症，但它却是一种精神病。关键的诊断标准是情感障碍出现在精神分裂成分之前或与它同时发生。如果它后来发生，那么精神分裂症的称号就是恰当的。诊断可能或是情感分裂的、抑郁的或情感分裂的，躁狂的。在抑郁类型中，思维障碍和抑郁的结合使患者易于冒自杀的真正危险，这种类型比其他类型要常见得多。粗劣的判断常常能够把另外一个最小的自杀姿势变成一种厄运。

无差别的精神分裂症

当精神分裂症患者在没有上述任何一种综合症清楚的显性症状的条件下表现出精神病的显著症状（例如思维障碍或紊乱的行为）时，人们就使用这个共同的总类型。

残余精神分裂症

当患者虽然已经表现出一种适合于上述任何一个子类的明显的精神分裂症状，但是这种症状后来又减轻了时，他就被诊断为患有残余精神分裂症。以前曾住过院的精神分裂症患者最常患有这种障碍。尽管患者仍然可能会表现出社会退缩，情感低沉或者甚至是轻微妄想或幻觉的症状，但是这些都不再显著得足以使现实测验变得无用。进行这种诊断的明显困难在于任何一个关于症状是否显著的判断都必然是主观的。化学疗法对于掩饰行为的效力就是一个复杂的因素。

除了情感分裂障碍之外，前面所有的障碍都被一些表明这种障碍进程的形容词（急性的、亚急性的、亚慢性的、慢性的、正在缓解的）所限定。"急性的"表明某一现行病症的持续期不到3个月，"慢性的"表明某一现行病症至少持续两年，而中间的两个词却没有明确的定义。正在缓解这个词之所以受到了严重的批评，是因为它常在不考虑自己消极地含有患者不能恢复意义的情况下使用（罗森汉，1973）。为了回答这样的异议，DSM-Ⅲ已经包括了另一个类型，即"无心理障碍"。而问题仍然在于实践者是否将会恰当地使用这个类型。

五、相关的障碍模型

DSM-Ⅲ包括另外一些在某一方面与精神分裂症相关的障碍。例如，具有精神分裂形式的障碍就指的是这样一种人，即他虽然表现了精神分裂行为，但他表现这种行为的时

间却少于6个月，多于1星期。如果这样的行为出现得少于1个星期而且存在有明显使人恼火的创伤，那么它就叫做短暂反应性精神病。这两类障碍都共同反映的或是①勉强顺应的个体所遭受的失败（见下面将讨论的分裂型人格障碍）；或是②虽严重但却是过渡的生理和心理分裂的影响；或是③对诸如家庭中突然有人死亡这样的严重压力物的反应。在这些障碍中失调的极端严重性证明这个精神病称号是正确的。

还有两种类似于精神分裂症的DSM－Ⅲ人格障碍（见第十三章），它们是分裂型人格障碍和精神分裂病样的人格障碍。虽然患有精神分裂病样人格障碍的人在代表精神分裂症的社会关系中表现出同样严重的问题，但是他们并没有表现出任何思维障碍或紊乱的行为。这些人的兴趣和习惯是独特的，而且他们的古怪行为使他们在当地获得了一个行为古怪者的名声。

分裂类型的个体比精神分裂病样人格所具有的障碍更明显。尽管分裂类型的人们并不总是在人际关系中表现出严重的回避行为，但是他们却真实表现出古怪行为或呆板姿态以及奇怪的语言习惯。这个最后综合症的适度例子包括克劳修检察官的滑稽发言，克劳修是彼特·塞勒斯在仍然流行电影《粉红豹》中塑造的一个不朽的结巴法国侦探。

区分这两个综合症的理由是它们的预后不同。分裂型人格由于其可以表现出古怪的思维模式或某种妄想狂，所以就更可能会显露短暂临时的精神病症状。精神分裂病样人格倾向于形成一种越来越孤独奇怪的生活方式。

六、选择分类系统

除了DSM之外，还有一些为把精神分裂行为分类而已经发展起来的概念和连续体。有一个经过仔细研究的方案（洛尔等，1963）已经辨认出10组精神病症状，包括敌对交战、妄想狂投射以及运动障碍。尽管洛尔的系统在方法论上很复杂，但是它并没有象DSM-Ⅲ那样得到官方的认可，因此也就没有被并入临床实践者的工作中去。

妄想狂－非妄想狂连续体已经在本学科中引起了许多人的注意（拉鲁索，1978；波特金等，1978；伯恩海姆和卢因，1979）；而且有一些可靠的迹象表明它反映了器官活动以及病原学方面的真实差异。我们将在下一章中详尽地考察这个系统。

虽然人们没有同样对急性－慢性这方面进行过高度的探究，但是清楚明白的逻辑性表明障碍的长短是预测缓解期的一种因素。大体上，人们患精神分裂症的时间越长（慢性的），他们就更有可能住院，更有可能继续呆在医院里，如果被释放的话也更有可能很快回到医院，而且更有可能终生患有精神分裂症。

急性－慢性连续体的一种更难懂的说法就是进程－反应方面。它把急性－慢性这个单纯的时间概念扩大为许多其他的变量，这些变量表明了一种以缓慢地产生发展因素（进程）为特征的精神分裂症进程与一种其中主要成分是环境冲突和压力（反应）的更突然的反应。女人比男人更有可能表现出反应性而不是进程性精神分裂症（卢因，1981）。反应性精神分裂症

患者发作时更突然，而且人们常常可以在发病时识别出特定的压力物(例如家庭中死了人或离婚)。进程性精神分裂症的发展更具有渐进性，有些症状通常在童年早期就可以注意到，而且生物因素更有可能引起某种结果。反应性精神分裂症患者的恢复概率要比进程性精神分裂症患者的恢复概率高。

尽管人们可能已经观察到以前的某种严重的心理障碍（例如，活动过度或同伴的拒绝），但是在我们社会中精神分裂症最初的明显症状通常出现在青春早期。精神分裂症如同多数心理障碍一样最初明显地出现在青春期并不使人惊奇。我们社会中的儿童无论是在社会上还是在身体上都被保护着而且没有任何责任感。可是在青春期他们就遇到了家庭和同伴对身分发展高度的社会影响和流动以及减少象教会和扩大式家庭这样的传统社会化团体影响的需要。其结果是压力，是缺乏适合于这些所需变化的连贯结构，而对于脆弱者则是人格崩溃（朱宾和斯普林，1977）。

专栏：精神分裂症的前病态因素

前病态因素，或称与精神分裂症后来的发展相关联（但并不必然就同它具有因果关系）的因素，比进程-反应那方面提供的中心更广泛。虽然我们在任何一个病例中都可能会只注意到下列因素的其中几个，但是它们在所有的病例中都是常见的。

前病态预报因子

1．有一个患精神分裂症的父亲或母亲或者是父母都患有精神分裂症，或是有一种不那么有效的变量——即存在有另一些患有精神分裂症的血亲。把儿子同一个有病的母亲隔离开似乎就比把女儿同一个

有病的母亲隔离开更有害。对于女儿来说，母亲患精神分裂症越早，她们患精神分裂症的可能性也就会越大。

2．具有胎儿期破坏或出生问题的历史。

3．缓慢的知觉反应次数（例如，认识刺激很慢）或在某种压力或新刺激之后自主神经系统非常迅速的恢复率。

4．活动过度，中枢神经系统机能失调的迹象（例如痉挛障碍），或扩大的脑室（脑组织之间的空间）的迹象。

5．出生重量不足或与同胞相关的低智商。

6．很早就充当家庭的额外成员或替罪羊。

7．父母的行为明显地不一致而且在情绪上也明显地产生极端的（无论是积极的还是消极的）反应并且受双重差使；尤其是当父母中一个人的消极影响没有遇到父母中另一个人的矫正注意和关心时的父母拒绝。

8．童年或青春期被同伴拒绝；被老师和同伴发现比其他孩子更易激动，更不稳定。

七、鉴别诊断

紊乱的思维，特别是那些不是持续存在或重复出现的紊乱思维在除了精神分裂症以外的其他障碍中也常常出现，这有时就使人们很难区分它们。因为许多有机条件（额叶脑瘤、毒素）能够造成幻觉、妄想或思维障碍，所以精神病挑选对于进一步证实一个诊断很重要。一种十分类似于精神分裂症的有机影响是由于仅1个星期就中毒性地服用了大剂量的苯异丙胺或循环苯吡啶（见第十二章）而产生的。这些影响在停止使用的范围之外还能够继续存在很长时间。

麦角酸二乙基酰胺也能够产生类似于精神病的症状。因

为麦角酸二乙基酰胺对视觉系统的影响最显著，所以视觉幻觉是很常见的。但是这种影响的持续时间通常没有超过药物的吸收期。对因长期服用苯异丙胺，酒精或药物滥用所造成的精神病的探测可能需要一个重要的干涸期。

当智力落后与平淡的情感，古怪的行为以及社会隔离相联系时，它也能够同精神分裂症相混淆（见第十五章）。如果有效的智力测验和社会行为史表明智力落后，那么只有当存在着清楚的幻觉和妄想的迹象或思维和知觉中其他严重歪曲的迹象时人们才应该作出精神分裂症的诊断。

妄想型精神分裂症与其他妄想型障碍之间的诊断差别以及精神分裂症与情感障碍之间的差别我们将在第九章和第十章中分别加以讨论。

第二节　病原学

DSM-Ⅲ把精神分裂症当成是一个现象学标号，因此也就承认它不是一种具有一个原因，发展和治疗顺序的单一障碍。精神分裂症的几种可能的始因叫做属变量。这些原因导致了一些中间变量，它们是这种障碍的一些流入临界变量的更直接的表现，或者说是产生这种障碍的共同途径，这是一个注意力和信息处理的缺陷。维持变量是一些适合于维持并扩大这种障碍的外部变量。

人们已经提出了若干从属（并不一定是遗传的）原因，而且许多从属原因到极其明显的精神分裂症行为的途径也被理论化了。尽管这些理论有些要比另一些更受支持，但是很

清楚，在任何一个精神分裂症患者身上，许多因素都可以联合起来形成所观察到的行为模式。

另一些变量可以被看成是中间因素。有许多文献都证实了这样一种看法，即精神分裂症患者具有知觉的和其他以神经病为基础的处理缺陷。结果，他们就更容易为刺激的不相干方面所烦扰，还可能会运用古怪和/或特异的逻辑体系来处理信息（米勒等，1979；布罗迪等，1980；夏皮罗，1981）。由于对刺激的反应次数是易变的，所以根据感觉材料的知觉推断常常是不准确的。并非出人意外的是，许多精神病患者都报告感到自己是在"迷雾"中工作或抱怨"材料刺激太多了，以致于都对付不了"（伯恩海姆和卢因，1979；世界卫生组织，1979；科贝特，1976；夏皮罗，1981）。作为结果的注意力和信息处理缺陷最好地被看成是以前居间的属因素和诸如被别人拒绝，退缩或差劲的职业行为这样的结果被观察到的行为之间的共同途径。

维持变量提供了一个解释精神分裂症患者为什么是倾向于慢性的方法。例如，罗森汉（1973）就已经证实"精神分裂症患者"这个称号具有一些加强并使该患者精神分裂症状永久存在的消极人际后果。

附栏甩图表示了理论家们已经列举的作为有助于最后诊断精神分裂症的各种主要属因素、中间因素和维持因素。这些变量中有些变量的状况偶尔也被人们所怀疑。例如，厄尔曼和克拉斯纳（1975）可能常常把注意力缺陷称为属因素，但是其他的多数理论家却常常把它看成是中间因素。

专栏：精神分裂症的假定因素

属因素	中间因素	共同途径	维持因素
遗传的	致幻剂	注意力和	社会隔离
出生和/或	转甲基作用	信息处理	做替罪羊
胎儿期障碍	多巴胺	缺陷	起绰号
病毒的	听觉或视觉		印象管理
社会学习	处理缺陷		后天的
心理动力消退			无能

一、属因素

遗传学观点

过去的10年，人们已经逐渐承认了这样一种看法，即遗传变量对于精神分裂症的发展起着重要的作用（夏皮罗，1981）。证实这个主张最初的证据来自这样一些观察资料，即精神分裂症倾向于在家庭中蔓生。虽然精神分裂症的发病率在总的人口中不到1%，但是在精神分裂症患者的父母中却占5%左右，而且在精神分裂症患者的子女和兄弟姐妹中大约占10%。尽管这些统计数字符合对精神分裂症的遗传学解释，但是诸如对作父母技能的模仿及其共有性这样的环境因素也同样可能会有效地说明这样的研究结果。人们结果试图打算进行一些能够阐明这个问题的更加复杂的研究，而这些试图导致了孪生研究和收养研究。

孪生研究，早在1946年，卡尔曼就发现在单卵（同卵）双生中精神分裂症的符合程度比在双卵（兄弟般的）双生中要高。不过，厄尔曼和克拉斯纳（1975）却证实了卡尔曼方

法论中的一些重大缺陷。虽然最近的研究，例如戈茨曼和希尔兹（1972）所进行的研究，已经克服了其中的一些困难，但是有些问题仍然继续在烦扰着研究者。例如，当一个同卵双生子患上精神分裂症时，这个双生子也常常就更难出生而且或他出生时的体重就更轻。这样就能够为把出生前的环境因素和出生创伤因素包括在证实遗传学理论的解释中提供了一个充足的理由。人们还有充足的理由相信同卵双生子比双卵双生子更相似地受到父母和别人的对待；因此，共同的环境也可能是一个因素。作为这些问题的结果，为了找到支持遗传学观点的明确证据，研究者已经致力于收养研究了。

收养研究。丹麦是一个保存完善的集中化健康记录的国家。该国的小规模使人们很容易查出某人，结果，它一直是许多研究被收养者的场所，虽然这些被收养者安置在正常的家庭里，但是他们的生父母后来却患上了精神分裂症。人们研究了这样一小部分正常的孩子，虽然他们出生于正常的父母，但是他们的养父母原来是精神分裂症患者。一些象凯蒂和梅德尼克这样的研究者就曾利用这些人来证实那种认为遗传因素对于精神分裂很重要的看法（凯蒂等，1978；梅德尼克和克里斯琴森，1977）。

这时，多数理论家都赞成在精神分裂症的发展中存在有重要的遗传成分，但是它具有4个重要的限制条件：

1．遗传因素看起来在所有引起精神分裂症的因素中所占的比例至多也没有过半，即使是在同卵双生中也是如此（凯蒂，1975）。

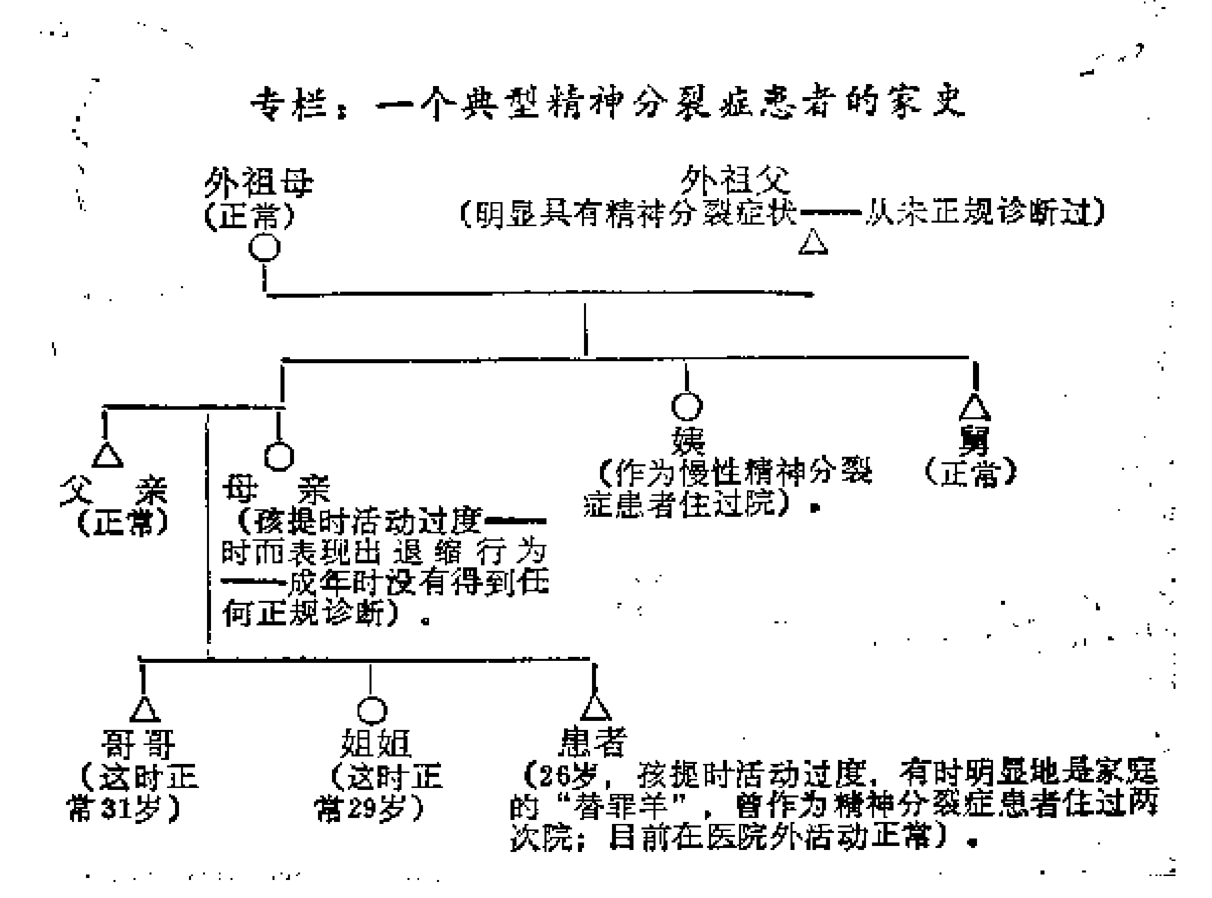
2．在同卵双生和收养研究所提到的情况下的精神分裂

症“对于严重的慢性精神分裂症来说比率最高”（凯蒂，1975，P.14）。在精神分裂症的急性和反应性形式中——即在和缓的和/或短期的标准诊断类型中——有迹象表明遗传成分更少。

3． 遗传研究的材料并没有表明在精神分裂症中起作用的遗传因素的遗传方式。遗传是通过神经和/或血液化学因素，脑干机能失调，还是通过某种别的方式出现的还不清楚。

4． 遗传因素并不直接起作用，例如发色的基因就常常是如此；遗传因素只是作为一种倾向起作用的。两个人可能具有同样的遗传倾向，但是由于其他的原因（例如家庭或模仿）一个人可能会变成精神分裂症患者，而同时另一个人却没有（见第五章素质-压力假设的讨论）。

专栏：一个典型精神分裂症患者的家史



高危险率研究

遗传成分在精神分裂症中的存在说明某些人生来就具有预先安排的脆弱性。如前所述，虽然在正常人口中的发病率大约是1％，但是对于具有患精神分裂症的父亲或母亲的人来说，发病率几乎是10％。就一些罕见的双亲都患有精神分裂症的情况而言，发病的概率大约是35％。

有几个研究者（如梅齐，1978；瓦特等，1982）正试图从出生起，识别并研究这些处于危险中的人。本章所讨论的许多概念就来自这项重要的研究。但是在这样的研究中却存在着一个有关的重要道德问题，即当一个人被认出是一个处于精神分裂症危险中的孩子时，那会造成什么影响？由于这个问题数年来可能都不明显（齐格勒和莱文，1981），所以这些人一定会被注视着进入成年而且必然会意识到自己被观察的原因。在这点上，物理学的海森伯格原理认为正是在观察的过程中，被观察对象本身的性质被改变了。那么，仅仅由于被认出是处于危险之中而给孩子们及其父母所造成的总的影响是什么呢？而且如果只存在有1/10的患精神分裂症的机会的话，那么使一个具有患精神分裂症的父亲或母亲的人遭受潜在焦虑和不安合理吗？这是一个代价-利益问题。主要的代价是焦虑、混乱和含蓄地起绰号（萨宾和曼库索，1980）。利益是可能有助于其他精神分裂症患者的认识和根据对危险的及早识别进行预防的可能性（加梅齐，1978）。这种预防的可能性是决定事情结局的利益。

神经病学的处理缺陷

本章讨论的是在一系列知觉因素和神经病学因素中精神

分裂症患者的一些重要问题。有一个说明这些缺陷的假设，这个假设是说精神分裂症患者完全不可能象正常人那样清楚地听和/或看，而且这种缺陷还没有被人们所观察到。精神分裂症患者因此就比一个具有明显标志的视觉或听觉障碍的人所具有的社交余地要少。对于那些已知具有听觉障碍的人来说，在谈话中偶然的曲解或回答不上来问题都是容许的。如果他们没有被标明，别人就开始认为他们古怪，不友善，或者对任何事都无动于衷，而且还开始在人际关系上把自己放在一定的距离之外（柯伦等，1982）。

虽然略高于正常百分比的精神分裂症患者确实在听觉和视觉方面具有明显的缺陷，但是他们却不足以说明精神分裂症的总发病率。不过，有这样一种迹象正在出现，即精神分裂症患者在尤其是海马的皮下听视觉处理途径和网状激活系统区域上不同于正常人。因此，尽管他们大体上能够象别人一样准确地听见声音，但是他们却不能象别人那样有效地处理并综合声音。因为标准的听觉测验并不记录这类缺陷，所以受试者没有得到任何“听觉损伤”的标号。然而精神分裂症患者以及周围的人都可能找到其他的标号来解释这种行为，这些标号通常是一些贬义的标号。甚至象“古怪的”或“无动于衷的”这样的一些标号也具有否定含义而且导致了自尊心的淡漠和丧失（夏皮罗，1980）。

在对皮质的被引潜力所进行的研究中已经出现了这些缺陷的迹象（泽克，1980）。在这类研究中，一系列咔哒声（听觉的）或标志信号（视觉的）以不同的比率提供给受试者，同时，为了测量大脑各个部位的反应速度和适合度，人们还

从大脑的不同部位（例如外皮、中脑和脑干）进行脑电图测量。这种脑测量方法对于随意和不随意反应模型都很敏感。实际上，被引潜力很可能有一天会成为测谎检查中的一个组成部分。

泽克发现精神分裂症患者的皮下反应不适当，他的这个发现（直接受到米勒、萨库佐和布雷福的支持，1979）表明即使精神分裂症患者听得见听觉信息，他们对这种信息的处理也是低效率的。这种低效率将会导致一种对听觉信息更粗劣的反应，尤其是当存在着许多对抗刺激时。另一些人在高度的听觉或视觉刺激重压情况下也注意到了这种粗劣的表现（奥尔特曼斯，1978；鲁宾斯和拉皮德斯，1978；斯特龙科和伍兹，1978）。

虽然精神变态者（一个反社会人格障碍的子群——见第十三章）是追求刺激的（例如，他们在春季休息时喜欢到拥挤嘈杂的海滨或喜欢肯塔基大赛马时的运动场），但是精神分裂症患者却是回避刺激的（他们要是参加社交活动也是喜欢安静的小团体）。逃避人际关系是有效的刺激-回避行为，但不幸的是，那样就使人们留下了回避同伴的标记，留下了同伴拒绝-否定的自我标记。加梅齐（1978）发现及早的同伴回避和拒绝是他的处于危险中的孩子们后来精神分裂症的一个重要预兆。

出生障碍理论

这个重要的听觉或视觉处理缺陷可能会怎样出现呢？遗传缺陷是一种可能。另一种令人相信的理论断言胎儿期困难和/或出生困难造成了导致脑损伤的暂时窒息（塞克泽、法罗

和温德尔，1973；托宾，1978；泽克，1980）。窒息是缺氧症（脑组织缺氧）和血液及组织中增多的二氧化碳压力的结合物，它造成了一种导致脑损伤的酸性代谢状况。

传统的观点一直认为新生者的短期窒息并没有任何持久的损害。不过，现在很清楚，即使是几分钟的窒息也可以造成损害（托宾，1978）。因为新生者的肺系统很弱，所以从窒息中恢复很困难；一个身体系统（例如循环系统）有缺陷的孩子即使窒息更短的时间也能够受损害。因此，甚至很短暂的窒息也可能会造成最小的（因此很难探测的）损害。

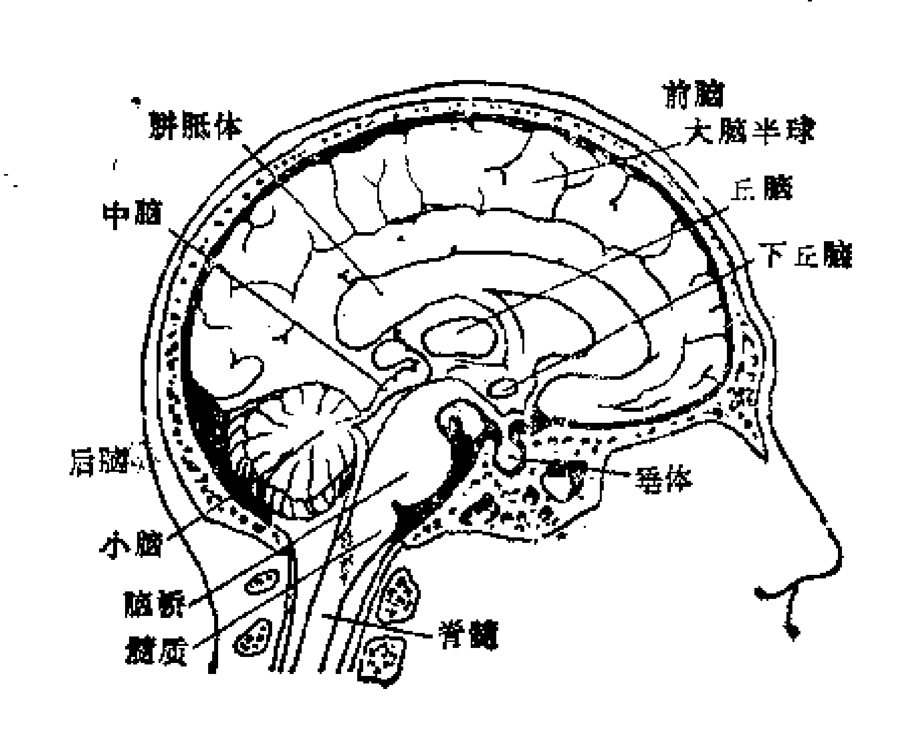
托宾（1978）的研究表明在不成熟的婴儿中存在着很高的窒息发生率。他说"由于丧失了扩散的皮质缺氧神经原，蜂窝状的人口丧失可能蔓延得很轻微均匀以致于摆脱了微观上的探测。如果神经原的消耗上升到30%，那么即使是有经验的神经病理学家也可能辨认不出来"（P.630）。最容易遭受这种损害的部位是脑干，特别是耳蜗细胞核（霍尔，1962；泽克，1980），这些细胞核对于处理和整合听觉信息至关重要。泽克的研究表明精神分裂症患者在脑干水平上所具有的对听觉刺激的反应行为更差劲。

病毒假设

有一个还未被彻底研究过的很新的假设是指一种长期活动的病毒可以造成精神分裂症，这种病毒或是单独起作用或是与遗传倾向一齐起作用。因此，尽管在婴儿期病毒可能传染得很快，但是多年来迅速的传染还没有显现出来。此外，如果传染在出生前发生，单卵双生中较高的精神分裂症发病率就一定不会排除一种支持遗传理论的病毒假设，因为同卵

双生共有着同一个胎盘。

专栏：大脑主要部位简图



资料来源：摘自莱斯特A·莱夫顿《心理学》第二版，第52页，阿林和培根出版公司1982年版。

托里和彼得森（1976）指出，精神分裂症患者的出生虽然历年并不是胡乱分布的，但是从1月到4月的出生率却不匀称。这类似于起源于风疹病毒的障碍的出生模型。这些研究者还根据4000多个精神分裂症患者提供了一些表明变态的脚纹、指纹和掌纹不相称的出现率的材料，人们在那些其母亲怀孕期间患过风疹的孩子身上也发现了同样的特征。

这些相似之处本身并不是令人信服的材料，因为大多数

精神分裂症患者并没有表现出这种病态性，而且这个病毒假设还没有得到彻底的研究。但是它还是一个可能为精神分裂症的病原学提供一些失踪线索的有趣概念。

社会学习理论

人们都普遍赞成社会学习理论家所引证的那些因素对于精神分裂症患者的行为发展很重要(伯恩海姆和卢因,1979；萨宾和曼库索，1980；沃特等，1982)。厄尔曼和克拉斯纳(1976)认为这些因素造成精神分裂症的断言更有争论。按照他们的观点，精神分裂症患者之所以没有以一种正常的方式注意刺激，是因为从他们生命的早期起他们就没有受到这种行为的强化。根据这种观点，对于精神分裂症很重要的注意问题就成为作父母和环境的直接产物，而不是最初同遗传因素，病毒因素或出生创伤因素相联系的一种产物。尽管有充分的证据表明社会学习变量对于精神分裂症的连续发展和维持至关重要，但是还没有任何清楚的证据表明它们起着一种最初的表示原因的作用。实际上，提供这样的证据将是很困难的；社会学习理论家既不可能在实际上也不可能在道德上接受个别婴儿并通过学习程序使他们成为精神分裂症患者。即使精神分裂症象预言的那样出现了，它也不会证明这个论点。以此类推，尽管服用大量的苯基丙胺可以导致类似精神分裂症患者的行为，但是人们却不会去争论说精神分裂症必然是由于大量的苯基丙胺产生的。

心理动力学理论

精神分析学家把退回到以前的一种更原始的顺应水平视为精神分裂症的一个基本原因。按照他们的观点，具有严重

障碍的精神分裂症患者常常退回到口唇被动期，而这时婴儿正好刚刚开始区别他们自己的自我界限。有些人认为妄想型精神分裂症患者已经退回到一个稍高的阶段，即口唇-施虐淫期，而这时，孩子们喜欢咬而且用嘴来寻求几乎是所有的东西。

有人认为精神分裂症患者的退化之所以发生，或是因为伊特要求（侵犯或性冲动）的大量增多，或是因为超我不容许（例如，因性纵容而内疚）导致了严重的焦虑。幻觉和妄想构成了这样一种试图，即试图取代一个不同于太危险现实的现实。这些不合逻辑的思维过程和古怪的说话方式都被认为是在自我控制和逻辑思维产生之前就存在的人格组织的组成部分。这些假设的困难就在于它们几乎没有可能从经验上被证实。

引起精神分裂症的母亲理论和双束概念都是精神分析学的变种，它们都受到了不过分的支持。根据前一种理论(迈耶和凯伦,1967;凯伦,1976),引起精神分裂症的母亲无意识地利用自己的孩子来满足自己情绪上的需要，而通常母亲们却倾向于以种种促进双方最佳兴趣的方式同自己的孩子互动。例如，一个引起精神分裂症的母亲为了获得因自己的母亲角色所受到的赞扬可能会花许多时间在公共场合照顾孩子，然而在私下她却可能会不理或者甚至惩罚孩子的任何要求。这个理论的一个主要方法论问题是母亲-孩子结合体几乎总是在孩子已经被称为精神分裂症患者之后才得到研究。因此，在那方面，人们很难说出这种母亲的行为是精神分裂症的原因还是对精神分裂症的反应。

精神分裂症的双束理论最初是由一个叫做格雷戈里·贝特森的人类学家提出来的。后来双束理论由于得到杰·哈利和其他的主张心理病理学的家庭-系统方法的人们的精练，它已经得到了经验研究的适度支持(赖利和马奇卡里,1979)。从根本上来讲，双重约束是在父母向孩子发布一条强烈的否定命令（例如，“你竟敢把我不赞成的朋友带回家来”！）时才确立的。而这条命令正是他们接着设法含蓄地否认的命令。为了利用这个例子，该父母然后可能鼓励自己的孩子去邀请一个游戏的伙伴，一个朋友，或者鼓励自己的孩子同他十分清楚已经被“列上黑名单”的孩子约会。这个孩子然后必须决定这两条不相容的命令自己应该服从那一条，但是他无论选择那一条，都可能会受到惩罚！

合乎逻辑的答案也许是哪一个都不选，它也许会使该父母面临着自己的要求所固有的矛盾。不幸的是，受双重约束危害的孩子们被束缚进一些不允许这样选择的机能失调的家庭系统之中。相反，当这样的孩子们持续地遇到这种无收益的情况时，他们就趋于产生一些表示由他们父母的矛盾命令所造成的严重潜在冲突的古怪反应和习气。当然，这样的行为确实构成了对父母所提供的种种选择的一个抉择，而且可以防止在其他方面肯定会产生的惩罚。因此，继发增益因素看来是在起作用了；避免惩罚就成为这个孩子古怪行为的一种有效的强化剂。然而，从冲突和情感创伤方面来说，对这个孩子的代价则是无法估量的。例如，一个青少年精神分裂症患者无论遇到任何决策过程都以一种梦幻的唱歌形式背诵童谣。原来数年来，她妈妈一直都强迫她以一种性挑逗的方

式穿衣服，而后来反倒公开地批评她是一个不分男女的大傻瓜，说她如同与任何在社会上有污点的男人约会一样，没有选择的能力。在这个例子中的消极命令是“不要同自己父母不引以为自豪的男人约会”。

关于社会学习理论，主张心理动力学理论和系统论的人所提出的解释对于有些精神分裂症患者的发展是恰当的，但是还没有任何令人信服的证据表明它们是最初的原因。更加令人信服的是这样一种证据，即注意障碍是由于遗传缺陷或出生障碍产生的而且它还可能会从生物化学上被传递。

二、中间因素

在知觉处理以及接着有效地注意各种刺激方面的问题是精神分裂症中的关键因素，我们已经考察了一些解释这些问题的最初原因的理论。我们现在来考察一些有关它们在生物化学水平上是如何表现的理论。

引起幻觉的模型

长期以来研究者一直希望找到一个单独的而且简单的身体变量来解释精神分裂症，例如血液中的障碍成分（希恩，1960）。对象麦角酸二乙基酰胺和苯基丙胺这样的引起幻觉物质的体验（长期使用）不断地刺激着这种希望，但是研究的结果并非就一直是一致的，甚至在单一的研究中人们也还没有发现这些物质有任何决定性的或甚至是关键的作用。

甲基转移作用假设

甲基转移作用假设是引起幻觉模型的一种更复杂的说法。1962年，奥斯蒙德和斯迈西斯注意到新肾上腺素和墨斯

卡灵（一种自然的幻觉剂）的化学结构之间的相似之处。他们建立了这样一种理论，即新肾上腺素的生物化学甲基转移作用（分子结构的变化）可以产生一种能够导致精神分裂症的幻觉剂。尽管有关的研究已经在瑟洛通宁的不同层次上寻找过一种生物化学原因，但是马西斯（1978）的考察却没有发现任何后来对这些理论的重要支持。

计算机数据分析和尸体解剖时对脑组织的有效处理这两种正在出现的技术发展可能会使这些方法复兴。“脑库”将会允许对脑物质及其化学性质进行更彻底的研究，这就取代了传统上对诸如脑电图或血尿抽样这样更不直接的方法的依赖。对一些要求复杂互动的理论所进行的以计算机为基础的数据分析可能会取代那些在过去曾居主导地位的单因理论。然而，这种复杂的模型并不是完美无缺的。蒂莫克泽科(1979)强调了当一种理论复杂得只有计算机才能够处理时所存在的困难：研究者被迫接受计算机关于这个理论已经被证明了的信息。

多巴宁假设

象甲基转移作用模型和引起幻觉的模型一样，多巴宁假设也是一种在分子层次上解释精神分裂行为的生物化学理论（夏皮罗，1981）。多巴宁是一种神经传送物，一种在神经细胞之间传送信号的激素似的化学药品。由于一些皮下脑组织的破坏，在帕金森的疾病中已经被证明存在着多巴宁的缺陷。但是过量的依赖多巴宁的神经原活动却影响着严重的精神分裂症。

多数理论家相信一种不完善的神经病机制由于其性质未

明所以常常在精神分裂症患者身上作为神经传送物产生过量的多巴宁和不足的新肾上腺素。由于诸如氯普鲁马嗪这样的减少多巴宁的药物成功地控制了一些精神分裂症状，这就为该理论提供了最有力的证据。然而，并非所有的多巴宁减少物都对精神分裂症有效（马西斯，1978），而且还有一些证据表明与这些理论家的专业主张相反，这些药物也有助于治疗情感障碍（怀亚特和托格罗，1977）。

专题研究：精神分裂症的生物化学方面：多巴宁理论

渐增的证据表明精神分裂症患者可能具有中枢神经系统的生物化学变态性。一种这样的变态性可能是化学多巴宁的过量。

通过整个神经系统的电驱力在到大脑和离开大脑的途中越过许多神经终端，为此也一定会弥补一些叫做突触的小介入缺陷。当电神经潜能引起叫做神经传送物的化学药品释放时就出现了这种越过现象，因为神经传送物穿过那些突触。多巴宁就是这些神经传送物的其中一种，它一直作为一种有作用的因素包含在精神分裂症中。有一个证据的来源证实刺激大脑中多巴宁产生的过量的化学药品（例如苯基丙胺或刺激性药物）能够产生实际上同精神分裂难以区别的行为方式。另一个就是在治疗精神分裂症的一些更显著的特征时成功地使用一些使多巴宁无效的药物（伯恩海姆和卢因，1979）。第三个证据来自对帕金森病（一种患者遭受不可控制的震颤的神经病状）患者的研究。这些病症通常都是用L-Dopa来治疗，L-Dopa是一种增加脑中多巴宁数量的化学药品。过量的使用L-Dopa有时在一些以前曾患过精神病的帕金森病患者身上引起精神病似的行为（戴维斯，1978）。

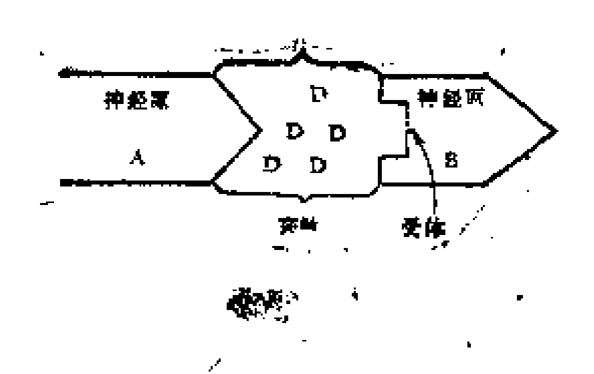
从集合意义上来看，这些研究结果有力地说明脑中过量的多巴宁可以构成精神分裂症的基础。然而，在特定情况下某些药物能够模仿精神分裂症状这一事实并没有确证多巴宁或任何其他的化学药品真正

导致了精神分裂症。实际上，只有一些暂时的证据可以证实隐藏在脑中的多巴宁水平和精神分裂症的存在之间有一种直接联系（卡尔森，1980）。

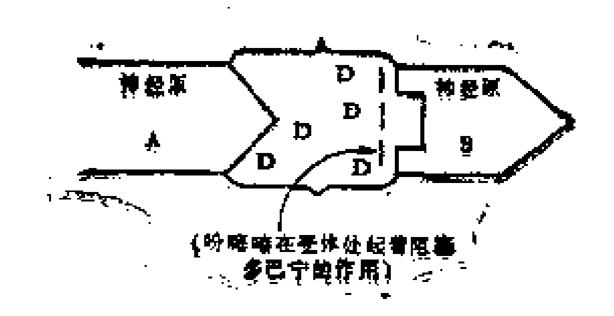
诸如在克劳等人（1978）的研究中所获得的那样一些结果说明精神分裂症患者与非精神分裂症患者之间的区别可能取决于脑中多巴宁受体的实际数量而不取决于隐藏多巴宁的数量。神经突触包含有一些吸收多巴宁和其他化学药品的受体处。某些药物当受这些受体处约束时就阻止了多巴宁的传送。有一种这样的药物叫卤氢吡啶（医学上叫Haldol），它常常用来作为一种抗精神病药物。在研究从有病的正常人和有病的精神分裂症患者中抽取的脑样来决定它们的化学构成是否有区别时，克劳等人使用了一种在化学上同haloperidol非常相似的药物。他们利用一种类似于盖莱－弥勒计数器的装置测量了这些脑抽样的突触受体处所吸收的这种化学药品的数量。结果表明按平均计算，在患有精神分裂症的受试者的脑中存在有更多的这种放射性药物的粘合剂。那些研究者把这种发现解释为这样一种迹象，即在精神分裂症患者的脑中存在着更多的多巴宁的受体（或抑制多巴宁的化学药品）。

虽然这些结果不是结论性的，但是它们却为精神分裂症中生物化学作用的性质提供了另外一些线索。尽管多巴宁以某种方式明显地同精神分裂症相联系，但是那种关系的确切性质还必须被测定。

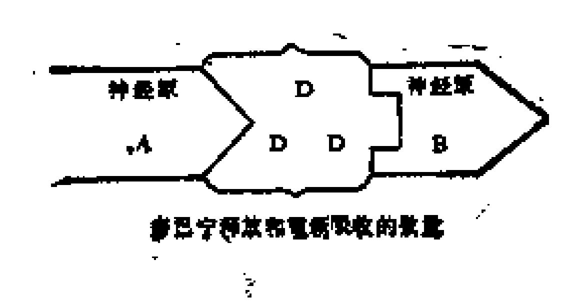
1.精神分裂症中过量的多巴宁



2.吩噻嗪的作用

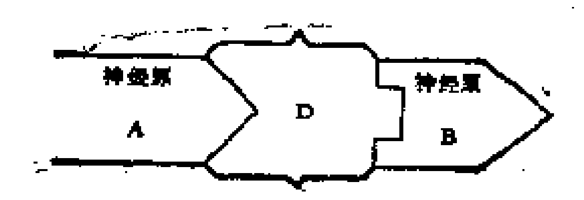


3.常正

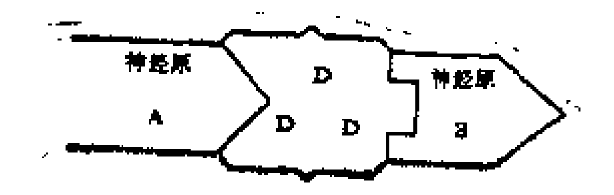


多巴宁释放和重新吸收的数量

4.帕金森疾病中的低多巴宁



5.L-Dopa具有将帕金森疾病中的
多巴宁增加到正常水平的作用



神经病学缺陷

我们已经提到，存在着一些有力的证据表明精神分裂症患者可能会在皮下水平上不适当地处理听觉或视觉信息。这个缺陷可能是遗传因素，出生因素，病毒因素或其他疾病过程因素的结果，因此它还会充当一个中间变量。

共同途径

无论各种理论家所支持的属原因是什么，多数人（厄尔曼和克拉斯纳，1975；沙科，1977；加梅齐，1978；伯恩海姆和卢因，1979；奈特和西姆斯·奈特，1979）都赞成在注意和有效地使用信息的能力缺陷对于精神分裂症是至关重要的。萨库佐及其同事所进行的长期研究完全证实了这些缺陷（萨库佐等，1977；米勒等，1979）。情感障碍的存在对精神分裂症几乎同样紧要，它表现为缺乏对环境的情感反应或对环境无效的情感反应。从集合意义上讲，这些缺陷包括一条从因果关系和中间因素通向为人们所共同观察到的精神分裂症患者社会行为周期的特征的共同途径。按照朱宾和斯普林（1977）的观点，这条途径在某些人身上产生了一种"脆弱性"，这就使他们事先就倾向于产生精神分裂症的行为表现。

精神分裂症的发展次序

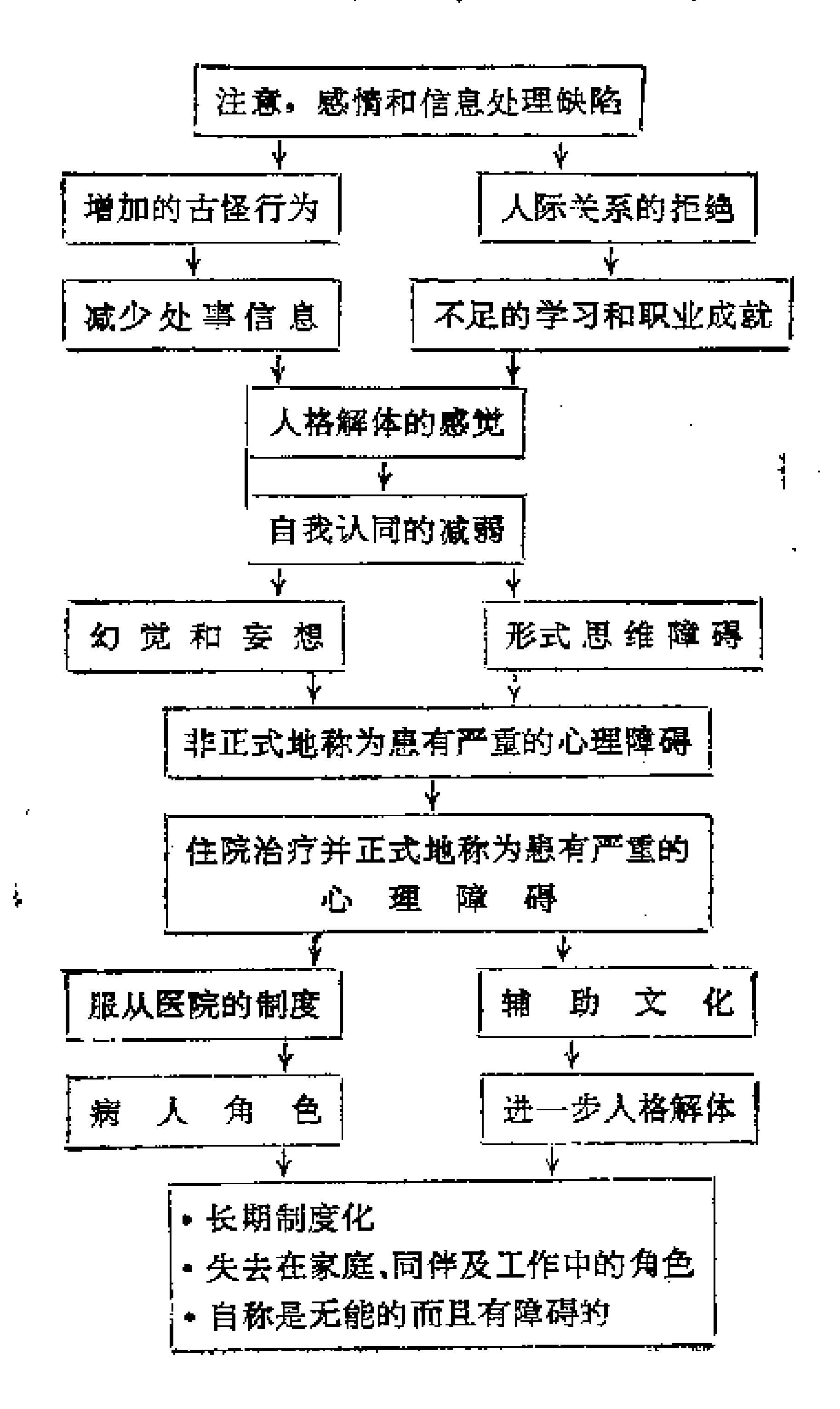
在①注意，情感和信息处理中的问题自然就导致了②古怪的人际言语行为的增多，也导致了有助于有效处事的信息的减少和人际关系更加疏远。由于这些情况的不断出现，③在人际关系中被同伴和家庭成员的拒绝也就增多了。④学习和职业成就也就随之减少。

当一个人在有限的社会和信息基础之外工作时，他就经历⑤人格解体的感觉。还存在着一种⑥自我认同的丧失或用心理动力学的术语来说，存在着自我界限的减弱。

这时⑦很可能产生幻觉或妄想，这标志着自我意义上和标准处事行为上的失败。⑧形式思维障碍，增加的人格解体以及更加混乱的行为都作为相关的模型出现。这个人现在可以非正式地被称作"精神病"，再一继续发展通常就导致了⑨住院治疗。至此社会就正式把这个人称为并诬蔑为精神病患者，因此也就同现实失去了联系。

这个次序尽管很呆板但却很常见，在这个次序中住院治疗可能会较早地出现，其他因素出现在后。不过，有一个特征是不变的：在西方文化中，甚至在患者设法表现出正常行为时，精神分裂症的绰号也很难丢掉（罗森汉，1973；萨宾和曼库索，1980）。在一些精神分裂症患者很少有或根本没有污名的文化群体中（例如"福摩萨"土著居民和生活在台湾的大陆中国人），回复到完全正常活动的预后就好得多（桑诺，1980）。

专栏：长期精神分裂症顺应的发展



三、维持变量

有些重要的过程对于维持精神分裂症模型有作用。制度化是一个适应某一具体环境的过程，这个环境的要求明显地不同于一个正常环境的要求。医院的"辅助文化"(罗森汉，1973；厄尔曼和克拉斯纳，1975)反对自信的，创造性的或建设性的行为方式。尽管治疗者具有法律责任和最终的决策权，但是那些最缺乏训练并支持某一治疗模型的人，助手及护士都同患者的生活接触得最多而且对患者的生活具有最直接的控制权。他们所强化的事物就是同院病人学习的东西（柯伦等，1982）。在一个高效率的病房里，积极性、自立，甚至愉快都不允许（普赖斯、特赖恩和拉普斯，1978）。例如，小说《在布鸽巢上空飞翔》中的主角就不能战胜以一种被动默许的方式行动的永恒压力。

制度化的具体精练就是病人角色。对医院常规被动的默认是一种普遍性的道德。医院里的人倾向于叫做"病人"而不叫做"当事人"。强化的被动性常常导致医院引起的在非医院生活中不起作用的行为（起源于治疗本身的新的或扩大的行为方式）(萨宾和曼库索，1980）。在医院里同院的病人知道何时起床，何时吃饭以及何时睡觉（用一种通常被提供的安眠药片），而且有时还被要求从事那种符合一种极小的主动退却的活动。当他们离开医院时，重新开始自我首创的行为就成为他们必须处理的最大难题。越来越清楚，当患者出院时，高比率的顺应失败并不必然是该障碍最初严重性的作用。相反，他们已经完全学会了适应医院的行为。除了使

患者人格解体之外，医院的制度还通过后天无助的发展另外又引起了情感障碍(罗森汉，1973；普赖斯等，1978；克利和迈耶，1979，1981）。普赖斯及其同事发现许多住院的非抑郁精神病患者的抑郁程度作为制度化的结果达到了最初抑郁患者的抑郁程度。这些人开始相信自己不可能有什么方法去有效地对付自己的生活，结果他们就倾向于回避积极的行动，因为他们预先设想自己会失败。

随着正式标号的继续，住院的精神病患者越来越倾向于自己把自己称作“疯子”、“精神变态者”、“精神分裂症患者”，或甚至用一些正式称号来称呼自己。这些称号以及关于何种行为是可能的有关假定已经并入他们的身分之中。梅欣鲍姆（1977）就完全证实了人们在“自我谈话”中使用这种称号的普遍程度和破坏程度。

这些模型致使一些人甚至在自己已经学会了必要的处事技能之后也害怕出院。结果，这些人为了继续被制度化就可能会夸大自己的病状，这是一个曾被称作“印象管理”的模型，布雷金斯基和布雷金斯基，(1976）。因此，自我标志，后天的无助，首创行为的丧失以及人际关系的被动性就同最初的注意缺陷和其他的有关模型结合起来，这样就使患者不可能完全回复到适当的活动中。

政治、经济因素

为了证实这样一种概念，即给精神分裂症患者以标志和对他们的处理构成了他们家庭和社会所采取的一个政治步骤，（布雷金斯基和）布雷金斯基（1976）阐明了自己有关印象管理的证据：之所以出现住院治疗，是因为该患者由于

某种原因不受欢迎，而不是因为一种治愈障碍的基本愿望。精神病机构的内部评论家托马斯·萨斯（1974，1978）和罗纳德·莱恩（1979）就常常提出同样的论点。无疑，在有些情况下人们曾受到别人的迫害，甚至受到自己最亲近的人的迫害，而且被蓄意监禁在心理机构中。但是如果断言蓄意的迫害是大多数精神分裂症患者住院治疗的原因，那就远远超出了这个证据。

桑诺（1980）以一种相关的腔调特别提到在美籍墨西哥男子中存在着高比率的精神分裂症患者，并且把这种现象归咎于他们常常遇到的种族歧视，再加上在大多数美国文化中男子气概（在文化上对浮夸的男子气概的强调）的贬值。

前面提到，有些证据确实表明较低的社会经济地位与精神病的高发病率有关（霍林黑德和雷德利克，1958），而且这种情况尤其适合于精神分裂症。经研究还证实了精神病院的住院人数也是随着经济状况的恶化而增多（布伦纳，1982）。

看起来有两个因素说明了在较低的社会经济阶级中精神分裂症发病率较高的原因。第一，社会经济地位低的人们具有较少的可用于或是最初处理压力或是恢复正常生活的办法。贫穷不仅引起了压力而且还使人们难以得到许多克服压力的办法。第二，由于人们有障碍，所以他们的社会经济地位就逐渐下降而且更难以得到处理压力的办法。如果说遗传问题确实是一种因素，那么家庭的社会行为等级数年来也许已经下降了。虽然这些社会经济因素确实是产生和维持精神分裂症的起作用的重要原因，但是它们却未必能够在个别患者身上起着一种主要的最初因果关系作用。

第三节 治 疗

精神分裂症的发展进程很难倒转，更不用说完全治愈。由于这种障碍具有因遗传和生物化学障碍、注意缺陷、人际关系障碍医疗引起的行为以及丧失自我认同而产生的潜在作用物，所以这种障碍的复杂性就表明真正有效的治疗必定是多重模型的（夏皮罗，1981；柯伦等，1982）。不幸的是，在多数情况下，治疗只是由药物处理（化学疗法），同一个治疗者偶然的短期会谈（委婉地说叫做激励疗法）以及标准的精神病院管理组成的。

专栏：精神分裂症的预后标志

正如存在有预示精神分裂症发生的因素一样，一旦精神分裂症被诊断，有一些（不依赖治疗类型的）变量也可以预示适当的缓解。这些变量与其说是任何积极变化中的明确原因，倒不如说是相互关联的事物。

精神分裂症的积极预后征兆：

1. 性别婚姻状况：已婚，或至少以前具有稳定的性别-社会顺应历史。

2. 情感障碍而不是精神分裂障碍的家史。

3. 在这种障碍的严重阶段一种情感反应（安乐感或抑郁感）的出现。

4. 这种障碍的突然发作；反应性而不是进程性精神分裂症。

5. 在童年早期之后发作。

6. 在这种障碍中很少有或根本没有妄想狂倾向。

7. 较高的社会经济地位。

8. 适当的病前职业顺应。

9. 病前适当人际关系。

10. 短期住院。

11. 没有电痉挛治疗史。

12. 倾向于刺激-接受而不倾向于刺激-回避。

13. 在障碍发作时清楚的起沉淀作用的因素。

一、物理疗法

化学疗法

常常被称之为主要镇静剂的抗精神病药物已经证明有助于减轻多数精神分裂症患者的许多较严重的症状。它们对于易于住院的低能患者更可能有益(伯恩海姆和卢因,1979)。这些药物被认为可以阻塞多巴宁受体，因此就有效地减少并滤掉了来自环境的刺激。这也就依次减轻了症状并引起了一种镇静作用（鲍德萨里尼，1977)。主要的积极作用是减少幻觉、妄想和思维障碍；因此它们特别有助于对这种障碍的更古怪的方面进行住院和门诊管理。化学疗法是一种被控制的药物处理程序，它也可以减少——但却很少根除——注意和信息处理障碍。人际关系的脆弱性和心理脆弱性依然存在。

一种具体的抗精神病作用的发现实际上是对一个完全不同的问题进行研究的意外结果。20世纪50年代初在法国把氯普鲁马嗪作为麻醉剂和镇静剂来进行现场试验就把一些精神病患者作为受试者包括在内了。令大家吃惊的是，他们的症状实际减少了。后来的研究就更直接地集中在这种作用上，而且1955年氯普鲁马嗪首先在美国市场上销售了（伯恩海姆

和卢因，1979）。

虽然现在有一大批可用的不注册药物，但是氯普鲁马嗪仍然是最常开的药。氯普鲁马嗪属于吩噻嗪族药物；另一些主要药族是卤氢吡啶和硫磺嘌呤素（鲍德萨里尼，1977)。尽管硫磺嘌呤在副作用和总效力方面常常发生问题，但是它却能够以长期作用的形式被服用。这个特征允许对那些因混乱或缺乏动机而没有按处方吃药的患者施加更多的控制。大体上，在这些不注册的药物之间不存在任何重大差异。

所有这些药物都有利弊。首先，它们似乎对多数精神分裂症患者都有益。其次，这种作用对其他许多精神分裂症患者来说是易变的，而且也很容易出现过分的药物处理。显而易见有些医生还不恰当地使用这些药物。戴维斯（1976）指出，人们常常大剂量地用药，而作为一个普遍规律，“大剂量地用药没有产生任何更加有效的结果”。赫斯巴彻(1976)在研究一组家庭医生的记录时发现虽然他们的具有相关心理问题的患者只有1%表现出精神分裂症行为，然而所用的药物有20%都是有效的抗精神病药物。

第三点，也是主要的缺点，涉及的是副作用，由于这些药物一开始很有效而且常常是被大剂量地服用，所以副作用可能是实际存在的。因为多数人可能多年或者甚至是终生都将需要这种药，所以这种可能性就使这个问题更严重。

化学疗法的副作用

大约有35%的服用抗精神病药物的患者都体验了肌肉障碍以及不安和冷漠的交替感觉。服用这些药物两年后，大约有5%（但40%是老年人）的患者产生了缓慢运动障碍。缓

慢运动障碍是包括不自觉的头颈运动，作怪相以及咂嘴在内的一种不可改变的综合症，所有这些症状都明显阻碍了人际关系的恢复。更暗中为害的，是缓慢运动障碍是与脑神经中枢的退化相联系的——而从集合意义上来说，它叫做基础神经节——它可以传递新的学习过程和其他认知过程（麦克唐纳等，1979）。对这些组织的破坏因此就可能进一步减少精神分裂症患者的适应能力，因为这些人的适应能力一开始很低。由于认识到这样一些有害的副作用，所以许多医生都经常定期收回抗精神病药物。不幸的是，通常可得到的证据表明这种做法只可能会使问题更严重。在预防缓慢运动障碍方面最有前途的发展包括一些更换脑乙酰胆碱的方法，因为脑乙酰胆碱明显地被抗精神病药物所减少（科拉塔，1979）。

较小一部分患者以性机能失调、心脏并发症以及肌肉紧张不足或叫做头颈部严重僵化的形式体验副作用。吩噻嗪倾向于抑制窒息反射，有许多人都已经因呼吸窒息而死亡（韦纳）。

我们已经谈到帕金森似的症状（震颤，面部肌肉僵硬和拖着脚走路的步态）的出现，据保守地估计，在所有的患者中至少有10%的患者出现了这些症状。但是马森，纳维安诺和德伯格（1977）研究了四家精神病医院的药物处方形式并发现40%多的药单都开的是治疗这些症状的药。他们还注意到至少有70%的患者正在按计划大量地服用多种药物。

也许最有干扰性的副作用就是失去了由那些从精神分裂症中"恢复"的人们所报告的创造性，自发性和积极性。诸如制度化和病人角色这样一些前面所讨论的维持因素又扩大

了这种作用。就连一个强烈主张化学疗法的人也承认“并非每一个精神分裂症患者最初都应该用抗精神病药治疗。他们应该从心理上被维持几个星期，看看自己是否不服药也确实可以恢复”（戴维斯，1976，P.37）。

电痉挛疗法和心理外科手术

痉挛疗法的先驱者——一个名叫拉迪斯劳斯·冯·梅杜纳的匈牙利人（错误地）观察到癫痫病人如果说曾表现出精神分裂症那也是罕见的。所以20世纪30年代他根据痉挛状态将会以某种方式消除精神分裂症的假定用樟脑衍生物在精神分裂症患者身上引起痉挛。这种方法失败了，而且他的一些利用电休克（电痉挛）来引起痉挛的后继者也从未表现出任何接近那些令人难忘的积极后果的东西（冯·梅杜纳的患者之所以也许是幸运的，那是因为他的错误观察和无效治疗是以对癫痫病人的研究而不是对閹人的研究为根据的）。尽管人们曾成功地治愈了一些严重的紧张症患者，但是就连电痉挛疗法的主张者也承认支持这种方法用于治疗多数精神分裂症患者的证据最多也是含糊不清的（劳克，1979）。这种方法的批评者在实施大量治疗时说明了缺乏成功，短期的心理分裂和混乱以及记忆亏损和脑组织破坏的危险（斯夸尔和蔡斯，1975；弗里德伯格，1976）。

通过心理外科手术来成功地治疗一种心理障碍的主要预兆标准是严重抑郁成分的出现（特罗特，1976）。如果一个人被诊断为患有精神分裂症而且也十分抑郁，那么尽管心理外科手术对于相关的症状很少有什么作用，但是它却可能会作为最后一着有助于减轻抑郁。结果，在DSM-III标准之下，这

样的一个人外科手术前就可能被诊断患有一种情感分裂障碍而在外科手术后又可能被诊断为患有精神分裂症。

生物反馈、渗析和大维生素

虽然生物反馈没有被广泛地用来治疗精神分裂症患者，但是由于它成功地有助于正常人增加注意广度（亨德里克斯和迈耶，1974），这说明它可能有助于在可比较的训练中治疗精神分裂症患者。它还可能作为一个附属方法有助于减少兴奋性或处理象缓慢运动障碍这样的运动副作用。

肾渗析通常用来治疗患有肾疾病的患者，它也曾被用来治疗精神分裂症。然而，对这种应用的研究（马西斯，1978；贝格莱特等，1981）断定很少有证据来证实它的有用性。许多被同意进行这种渗析治疗的人与其说是患有精神分裂症还不如说是有意做作和神经过敏；这类患者对于任何戏剧性的安慰剂都反应良好，因为在这样的情况下，它正是渗析可能用来起作用的东西。

生物化学假设也为维生素和营养物提出了一种潜在的任务。有一些轶事的临床证据表明大维生素，主要是维生素B有助于治疗精神分裂症。但是一项控制良好的研究（班恩、莱曼和多伊奇，1977）发现大维生素对于治疗精神分裂症并没有安慰剂的效果好，伯恩海姆和卢因（1979）证实了这个结论。沃特曼，格罗登和巴比尤（1979）研究了精神分裂症治疗中的其他营养因素并且发现尽管服用卵磷脂和胆碱可以促进化学疗法，但是营养因素本身并没有任何积极的作用。

二、心理学方法

心理疗法

心理动力学模型和罗杰斯模型对现实的一对一治疗方法产生了很大的影响。然而这两个模型最初都不是从治疗精神分裂症患者的工作发展而来的，而且多数精神分裂症患者都很少去找使用其中任何一种方法的治疗者治疗。

直接分析是精神分析心理疗法的变种（罗森，1953；凯伦，1976），它认为错误的父母行为是产生精神分裂症的决定性因素。这种方法已经证明有助于在妄想型精神分裂症环境中治疗精神分裂症患者，我们将在下一章进一步讨论这种方法。

激励心理疗法通常是任何一个适合于精神分裂症患者的总治疗方案的组成部分。这只不过是指一场有关他们在自己的环境（住院病人，集体住宅、家庭）中，在自己的反应中，在自己的恐惧中以及在自己的未来计划中的行为方式的讨论。它还包括鼓励人们新的积极行为以及消除恐惧和担忧。

代换券制度和环境疗法

经研究已经证明代换券制度对于矫正许多行为都很成功（艾伦和阿兹林，1968）——包括古怪的变异体——而且它还成功地促进了社会技能的发展（帕特森，1976）。大体上，代换券制度作为精神分裂症总的治疗计划的一部分一直都很有效，尤其对于抵抗多数住过院的精神分裂症患者在社会技能方面的主要缺陷非常有效（柯伦等，1982）。它们的有效性，最初计划的相对简明性以及没有消极的副作用都表明它

们应该是精神分裂症患者的任何医院环境的一个组成部分。由代换券制度所提供的强化系统应该逐渐地接近现实世界以便帮助该患者使这种过渡恢复正常。

在环境疗法中所提供的激励环境（见第四章）也证明对于治疗住过院的精神分裂症患者是成功的。

三、总的治疗方法

阿尔比（1982）和墨菲以及弗兰克（1979）正确地断言对种种心理障碍的预防要比治疗更有效。尽管至今在那些最终将成为精神分裂症患者的人们中只有一小部分采用了这些方案，但是在研究一些具有患精神分裂症危险的儿童时，有一些最初的迹象表明了预防的重要性（加梅齐，1978）。

正如辛德（1976）所强调的那样，药物可能不是精神分裂症早期的最初治疗选择。许多患者所需要的可能是门诊治疗（凯伦和范登博斯，1972）。由于制度化、病人角色和加标号所产生的问题，住院治疗不应该是机械的。

无论对于门诊病人还是对于住院病人，诸如生物反馈、环境和营养计划以及家庭或团体疗法这样一些附属的疗法都一直被用来治疗精神分裂障碍的各个不同方面。对于需要住院治疗的患者来说，代换券制度、激励疗法、再加上一些技术职业疗法都可以使用。化学疗法对于多数需要住院治疗的患者都很重要。认知再训练（梅陈鲍姆，1977）有助于改变一些经历过前面所描述的精神分裂次序的人们必然具有的消极的自我谈话和自我知觉。

帮助患者顺利地从医院转回到社区是至关重要的（柯伦

等，1982）。如果在住院的人们身上花费大量的精力和金钱而在他们出院后只提供最低限度的有效的继续照顾的话，那就没有什么意义了。家庭和/或团体疗法能够帮助改善由制度化破坏的家庭和人际关系模式。过渡时的这种帮助尤其对精神分裂症很适用，因为他们甚至在住院治疗之前也表现出一些社会问题。

在社区水平上进行前期预防的努力强调的是识别促进精神分裂症发展的因素。这样的努力包括前面所提到的那种高危害率研究（加梅齐，1978）和对那些促进精神分裂症的社会技能的探测。适合于学校和工作环境中的人们的教育方案有助于次级预防——即早期地识别障碍的和缓形式。一旦人们了解那些相关的症状，我们就可以在障碍的早期帮助他们，因为这时治疗更可能奏效。

住院治疗、活动疗法、激励疗法以及药物处理的标准结合体能够减轻一些症状，而且在有些情况下还可以合理地促进适当的器官活动。但是除了一个多重模型的方法之外，任何方法都不可能产生实际的治愈效果。

本 章 要 点

1. 象所有的精神病一样，精神分裂症以缺乏同现实的联系为特征。精神分裂症是以严重的而且是连贯的思维障碍为标志的，它常常表现为妄想或幻觉。

2. 在精神分裂症中共同表明的其他特征是退缩、情感障碍、人格解体、减少运动行为以及诸如模仿言语和新语症这样的一些古怪的言语模型。

3. 精神分裂症的5个主要类型是紊乱的、紧张症的（表现不安的或僵呆的）、妄想型的、无差别的以及残余的。选择分类系统集中在象急性-慢性和进程-反应这样的连续体上。

4. 有些因素预示着但不必然产生精神分裂症。这些因素包括患有精神分裂症的父母和早期被同伴拒绝。一旦精神分裂症真正出现，适合于治疗的明确预后因素包括性别-婚姻状况以及障碍的突然发作。

5. 精神分裂症的3类病原学因素是：①属因素，例如遗传学或出生障碍；②中间因素，例如，甲基转移作用或多巴宁作用；③象做替罪羊或起绰号这样的维持因素。共同途径是注意和信息处理的缺陷。

6. 人们都普遍赞成遗传因素对于多数精神分裂症患者至少是一种预先安排的变量。注意和信息处理的缺陷也一直与胎儿期的窒息和出生障碍有关。

7. 化学疗法对于控制许多精神分裂症患者的症状一直都很有效，对于那些易于住院的低能患者尤其如此。诸如缓慢运动障碍这样严重的副作用非常值得考虑。

8. 多重模型的治疗方案有助于提出精神分裂症的多方面病状。代换券制度、厌恶疗法、心理疗法以及其他的方法都能够有帮助。

第九章 妄想症

DSM-Ⅲ所用的妄想症一词，技术上专指3种心理障碍，偏执狂、共性妄想症、突发性妄想症。本章拟讨论几种别的妄想症状，包括妄想性精神分裂症和妄想性人格障碍。如"专栏"所示，妄想症是按人格混乱的不同程度分等的。从机能上来看，非心理性妄想人格障碍最轻，心理范畴的妄想性精神分裂症最严重。

专栏：妄想症的混乱等级

心理上的			非心理上的	
妄想性精神分裂症	偏执狂	共性妄想症	突发性妄想症	妄想性人格障碍
最重度			最轻度	

第一节 DSM-Ⅲ妄想症

DSM-Ⅲ妄想症是这样一些精神病状态，即它们以持续性压迫感、嫉妒、或夸大的幻想为特征。尽管其日常功能的

严重减退是罕见的，但是其物质的和社会的功能却遭到了破坏。DSM-Ⅲ列举了3种次级妄想症：偏执狂、共性妄想症和突发性妄想症。

一、偏 执 狂

当代研究证明，偏执狂是一种虽然可以明确定义，但却是有点罕见的综合症（肯布尔，1980）。尽管偏执狂常常具有一些妄想的信念，但是，他们的心境和举止却表现得适当，而且他们的思想是清楚连贯的。思维连贯是一个重要特征，因为在大多数偏执狂患者中，基本前提一旦被接受，那么，逻辑就使得结论似乎是不容忽视的并且是可推知的。

然而，往往基本前提是建立在最小的间接材料的基础之上，进而患有这种病症的人也尤其反对改变自己的错误信念。愿意改变错误信念的词语表达，常常是向批评或怀疑妥协的一种表现，其实内心还保留着那些潜在的妄想。

妄想者的信念系统，直接地或象征性地反映了他们生活中所关心的事物。

二、共性妄想症

当两个人共有一个妄想系统时，他们俩儿就象在演“双簧”一样。在共性妄想症患者中，一个已被诊断为心理变态的人总是寻找一个控制的接受者，而这个接受者也总是把另一者的变态心理同他或她自己的信念系统结合起来。

在大多数病例中，施控者与接受者处于一种十分密切的关系中。通常，接受者表现出，对施控者有一种心理依赖的

历史。因此，基本上可以说，接受者既可被诊断为患有共性妄想症，也应该接受基本治疗（见所附专栏）。

待考察的问题：狂热的崇拜与共性妄想症

DSM-Ⅲ给共性妄想症下的定义是，一系列的压迫妄想，这种妄想是在与一个已表现出患有妄想症的人（常被诊断为患有精神分裂症）的关系中发展而成的。通常患有共性妄想症的人——接受者，如果中断与另一个人的关系，很快就会抛弃这些信念。DSM-Ⅲ还强调指出，牵涉进这种关系中超过两个人的现象是极罕见的。然而，对于崇拜行为的描述（卡斯洛和舒曼，1982）则表明，这种行为和信念根植于那些追随者中。这些群体中的人都符合有关共性妄想症的描述。尽管崇拜者领袖中，只有占比例很小的一部分表现出其妄想信念系统带有显性的个性特征；但是，大多数只是表现出有心理变态的成分（见第十三章）。

象患有共性妄想症的“接受者”一样，通常崇拜者接受新的信念系统相当突然。而且，这种信念与其来源分离开后，也易于消失。接受一种新的信念，一般是代表一种解除生命危机的痛苦的企图。往往，接受这种新的信念，确实能减轻纠结在一起的焦虑和压抑感。为减轻这些痛苦所付的代价包括：需要接受许多过剩的人格上的崇拜，减低顺应未来的灵活性，增加依赖的需求。稍后能重新获得力量和独立，而且也不再想或不再需要崇拜的人，会发现很难从心理上使自己摆脱或切断这种联系。在一些情况下，另一些崇拜者强迫人们保持这种崇拜。有证据表明，这种强迫性至少存在于象死在圭亚那的琼斯顿镇上的那些崇拜者身上。这不能说不是一个悲剧。

虽然摆脱统治者和崇拜者可以降低对先前共性妄想信念的接受，减少依赖品质，减轻个性不足的意识，可是，还有许多各种各样的心

理变态有待于治疗。在起促进顺应作用方面，一种网络关系特别有用，这种网络在家庭中或朋友间起支撑和联系的作用（卡斯洛和舒曼，1982）。

三、突发性妄想症

诊断一个人是否患有突发性妄想症，需要看压迫妄想或嫉妒妄想的持续时间。其时间一般至少不下1个月，至多不超过6个月。与其他妄想症不同点是，这种心理障碍一般表现为突然发作，很少是慢性的。

突发性妄想症常常对那些人有影响，那些在个人生活中经历了突然的或是根本的改变的人。因此，战俘、难民和初次离开生长环境的人，是突发性妄想症最主要的发病人。包括对新文化的教育和援助系统的发展在内的最基本的治疗方法，能帮助这些人适应新的环境。如果妄想行为还持续，那么我们就需要采取措施控制它，以免发展成慢性的。

第二节 其他妄想症

另外还有4种妄想症：妄想性精神分裂症，妄想人格障碍，卡氏综合症（或症状群），以及格氏病症。这4种没有收在DSM-Ⅲ所列的妄想症的具体分类之中。但是，在症状学中，它们却是相互有联系的。这4种病症中，只有格氏病是被认为有纯生理原因的。而另外3种都有妄想性和歪曲性的特征，这些是典型的妄想成见。压迫妄想（即：那种以为别人或暴力与己作对的想法），夸大的幻想（例如：认为某

人是优越的或许是超自然的信念）、无理的嫉妒，在这些精神障碍中也是常见的。通常，这些妄想症患者的歪曲信念含有一点真实的东西，反映了他们所处情境中一些真实的方面。拉鲁索（1978）发现，妄想症患者在解释某些词语化的交往暗示方面，甚至比正常人还要敏感些。

一、妄想性精神分裂症

同其他妄想症一样，妄想性精神分裂症的歪曲信念，其中包括压迫的和/或者夸大的妄想，把它自己展现得很明显。病因理论所引证的妄想行为（科尔比，1977；海尔布伦，1978；伯恩海姆和卢因，1979），其另一个主要特征是：把思想从自身投射在别的人或事上。这种投射使自身把引起冲突的消极思想和焦虑，看成是由外来因素造成的。下面这个个案描写了一个妄想性精神分裂症患者的行为模式。

苏的个案

苏，现年45岁。上中学时成绩很好，并获得了上大学的部分奖学金，在大学三年级时，她在一次上课时遇到了一位男生，并爱上了他。苏一直跟父母一起生活，他们有非常严格的道德观念，坚决反对婚前的性生活。苏不顾父母的训诫，渐始与男友发生性关系。不幸的是，尽管使用了避孕套，但由于错误地判断了安全期，她还是怀孕了。虽然苏和她的男友关于此事都有些矛盾心理，但他们还是结了婚，后来并且生下4个孩子。生下最后一个“天赐的宝贝”时，苏已42岁了。

她在精神分裂情感症发作前的一两年，就有所表现，奇怪念头不断增加。她总是担心最小的孩子患有各种各样的重病。渐渐地就形成了这样一种看法：就连邻居给孩子的糖，也是涂有呕吐和腹泻药的。她坚持每个礼拜日到教堂去做礼拜，有时平常日也去，但是，她开始声称牧师在迫害她的孩子。

一天，当那位牧师正在做礼拜的时候，苏手握一把屠刀，翻过布道坛的栏杆来追赶牧师，直到把他砍了小伤后才被制止住。她在非常严重的妄想状态中，被送进了精神病院。她讲了一大通激烈的言词，攻击"牧师、犹太教士和神父是一个秘密的阴谋集团"，说上帝命令她来与他们战斗。接着，她的注意力又突然转向了"使人生病的激光机器"，她认定她的邻居是通过电视天线向她发射光的。她还讲出了许多别的类似的信念，而这些信念所关涉的具体中心却一天一变。住院期间，她确信邻居们已化装成老人，携带激光混进了医院。由于她认为自己处于危急之中，而且想挫败这次进攻，一天夜里，她把点燃的火柴放在一些卧床不起的老年病人的床单下。幸亏一个警觉的护士发现了，才避免了这场即将燃起的火灾。

DSM-Ⅲ把妄想性精神分裂情感划归为精神分裂症，是由于它带有各种幻觉和思维过程中各种联系的分裂。所以，与其他精神分裂症相比，妄想性精神分裂情感的病发一般较迟。而且，虽然患有该症的人似乎有较强的理解力，但是与患有其他妄想症的人相比，他或她的信念也更加紊乱、更加

分裂。在许多情况下，这种分裂可以导致毁灭性的行为。根据研究还发现，妄想性精神分裂情感症患者表现出判断力受到更小的破坏（吉利斯和布莱文斯，1978），而且他们在进行各种认知活动时，也较少犯错误（伯恩海姆和卢因，1979）。实际上，马格罗（1980）指出，妄想性精神分裂症患者：对其外部环境反应困难；非妄想性精神分裂症患者，就其受到刺激的约束来看，即他们极易受直接刺激的影响而分散注意力，他们有一种感性上的偏见；相反，妄想性精神分裂症患者则有一种理性上的偏见。他们的思维受内部概念和信念的支配，而且他们很容易摆脱环境的刺激。

另一些研究已经发现，这两类患者之间有生理上的差异。维尔希斯等人（1978）发现，妄想性精神分裂症患者，比起那些别的精神分裂症患者来，有更多的人具有中胚层体型（即有一个象运动员那样的体格）。波特金等人（1978）所收集的原始材料表明，这两种症状患者血液中的化学成分不同。妄想性精神分裂症患者的血液中，含单胺氧化酶(MAO)的水平较低。上述这些研究者还收集了大量的证据，其中有证据表明，对妄想性精神分裂症患者实行短期的住院治疗，并不是一种理想的办法。然而，哈勒等人（1979）发现，更高水平的单胺氧化酶总是与严重的妄想性精神分裂症有联系的。

最后，似乎还有一种心理社会因素在起作用。尽管非妄想性精神分裂症出现于世界各地，但妄想性精神分裂症在非西方国家的农村，几乎不存在（德拉冈斯，1980）。

待考察的问题：精神错乱与无资格

在什么时候，一个人才是法律上所说的精神错乱，因而就对其犯罪行为不负法律责任？妄想症常常很严重，如果一个人受到这样的折磨而被卷入了一个犯罪事件，也许是由于精神错乱。不过请注意，有一点是很重要的，那就是：精神错乱是一个法律上的概念，而不是医学或心理学上的概念。

另外一个术语“无资格”，在一些法律领域中是个很重要的问题，如：立遗嘱、处理个人财产和受审。与变态心理有关的，最重要的一点是：受审的资格问题。在这种情况下，一般的原则是，这个人必须能：（1）懂得他或她受到的指控，（2）能够帮助辩护律师提供任何有效的辩护。照这样看，无资格指的是这个人在受审时的状况；精神错乱指的是做案时的状况。通常，无资格问题需法官判定，而精神错乱问题则要陪审团裁决。智力落后和／或者严重的思维障碍（如：精神分裂症或严重的妄想症），一般都是发现一个人无资格受审的原因（迈耶，巴瑞特，海斯，1983）。

什么才构成精神错乱？直到1843年才出现了第一个正式的法律上的检验标准。当时英国发生了一起案件，而这个案件牵涉到了一个妄想性精神分裂症患者——丹尼尔·马克诺顿。他表现出种种希奇古怪的幻想，产生了刺杀英国首相罗伯特·皮尔爵士的企图，但是却误杀了首相的秘书爱德华·德拉蒙德。

在此之前，非正式的原则把精神错乱看成是这样的：一个人要么有“野兽”一样的行为，要么就有“疯狂的幻想”（而这一点恰好也适于马克诺顿）。这一事例产生了一个有明确定义的法则，马克诺顿法则。运用马克诺顿法则，必须确定：（1）此人是否知道他在干什么；（2）是否知道这是错误的（格雷，1975）。直到70年代，这一“正——误”法则在法律体系中，不只在英国，而且在美国也是有影

响的检验标准。

马克诺顿法则有几个弱点：首先，它只能替为那些有思维障碍的人辩护，而不能替那些有情感障碍的人辩护（如：躁狂症、抑郁症、冲动症）；其次，它是用抽象的术语表达的，没有认识到那些决定中所存在的主观性。结果，它只能用来替为数极少的几个患有严重的认知障碍的人辩护（格雷，1975；珀克，1978；迈耶等，1983）。在许多企图改进马克诺顿法则的尝试失败后，一些法庭终于接受了ALI（美国法律协会）提出的新的标准。ALI法则现已被大多数国家所采纳。其基本内容如下：

> 这样一个人不对其犯罪行为担负责任，由于精神病或心理缺陷，他在这种行为发生时，缺乏物质能力判断其行为是否在犯罪（或错误）或者使他的行为符合法律准则（格雷，1975，第702页）。

"使其行为符合（法律准则）"这个词语，允许精神错乱这一辩护的范围扩大到，包括那些被情感所迫而做出偏离行为的人（如：偷盗狂、或突发性症状的人——见第十章），以及那些患有严重情感障碍的人（见第十章）。在几种情况下，运用这个标准得看是否足以推断这个人知道其行为是"犯罪"（违犯）或者"道德错误"（一般道德的准则——妄想症患者可能知道它是违法的，但不一定知道这是违反道德准则的行为）。大多数国家在ALI标准上附加一个条款，即：持续性的犯罪行为本身不能表明无力控制自己的行为。实际上这一附加条款常常不允许精神错乱这一辩护用于反社会人格（见第十三章）。

尽管现在使用"心理障碍"一词来代替原有"精神错乱"，可以使它所含的范围更广些，但ALI法则毕竟超过了以前各种法则，是一种明确的进步。

二、妄想性人格障碍

杰 夫 的 个 案

杰夫在孩子时期，常常因一些越轨行为而受到父母的责难，而且还被灌输了关于世界是苦难的、因果报应的思想。他在中学时认识了许多人，而且在高中和大学曾被选为学生会的成员，但是他没有和任何人发展包含相互交谈心理活动和自己的弱点的密切关系。经过一段短时期求爱，他和一位温柔驯服的姑娘结了婚，并做了父亲。然而，这个婚姻似乎不是建立在爱情基础上，只不过是一个没有感情的例行程序。

由于杰夫不断和邻居吵架，他们一家和邻居的关系在一个劲儿地疏远。这些吵架经常是由于不喜欢邻居的生活方式而斥责人家，或者是对他认为打扰他的孩子们咆哮。另外，他卷入了两个民事诉讼案中。一个是告一个漆匠，杰夫说那个漆匠没有把栅栏漆成所商定的颜色；另一个是告他的邻居，杰夫的孩子与邻居的孩子们在院子里玩耍时从秋千上摔了下来，杰夫要求对“痛苦和精神创伤”赔款。杰夫还对一些力图控制某种“颠覆分子”或“入侵者”的政治组织感兴趣。他从来也没有表现出要改变他行为方式的想法，而他的这些情况都只是通过他的邻居们和他的妻子的同事那里得来的。

由于杰夫的行为既没表现出明显的思维障碍，也没有形成完整的妄想信念系统，他没有患精神病的条件。因此，在DSM-Ⅲ中不把它列为妄想症，而是列为人格障碍。可

是，正象其他妄想症一样，一般的妄想性压迫观念和情感又是杰夫所患症状的主要内容。与别的人格障碍一样（见第十三章），杰夫的症状是一种长期的固定的行为模式，这种行为模式是儿童时期就发展起来的，而且在青春期就可以明显地辨识出来。随着时间的推移，按其父母或兄弟姊妹的行为而造型，这些模式在不断发展，且在这种症状中也显得比在心理妄想条件下更加突出。

杰夫表现出了这种妄想性人格障碍的普遍特征。虽然有与别人交往的能力，但他很少让别人甚至他的妻子知道他的弱点或情感。他好打官司（动不动就因小事而起诉别人），多疑，而且总是警惕着别人侵入他的世界。日常发生的事情和一般的错误都被夸大了，而且被看成是对人格的当众侮辱。

三、卡氏综合症

卡氏综合症含有这样一种幻想：即认为生活中的那些重要人物都是些骗子。尽管这个名称据说是由一位第一次描述这种症状群的法国精神病学家的名字命名的。可是早在57年前（1866年），德国的精神病学家卡尔鲍姆就对它进行了精确而仔细的描述（尼克罗斯基和弗尔曼德兹，1978）。

一些患有卡氏综合症的人，对他们所假想的敌人采取无意识猛烈的行动。在这些人的脑叶膜中发现有暂时的损伤（尼克罗斯基和弗尔曼德兹，1978）。虽然这样的损伤一般不被看作是引起卡氏综合症的原因，但对动物的研究却支持了这一想法：即大脑这些部位的损伤可以引起对冲动失去控

制。

有明显的证据证明，与传统妄想症的状况一样，大多数患有卡氏综合症的人都把妄想信念发展成一种防御，来抵御不可接受的感情。他们虽然过分地依赖那些亲人，但却不接受也不承认对他们的仇恨，而是把心中的目标人物定义为骗子，这样就可以减少仇恨对自身的威胁。例如：一个年轻女子开始相信她的父亲不是她的亲生父亲。原因是他最近向她提出过性交要求。她没有压制住内心的愤怒和犯罪感，而发展成了卡氏综合症。

四、格氏病症

19世纪早期，一位爱尔兰医生罗伯特·格拉弗斯最先对这种病进行了描述。格氏病由此得名。在这种甲状腺机能亢进的状态下，由于甲状腺分泌过多的甲状腺素，直接加速了新陈代谢的过程。患格氏病的人表现出很大的恐惧和焦虑，这些常常导致妄想症、思维混乱、以及各种幻觉。这样连续性的发展是很快的。在治疗这种病上，几种外科和医药介入是很有效的。

第三节 病 原 学

大多数理论家认为，各种各样的心理因素都是形成妄想行为的基础。在没有精神分裂成分的妄想症中，这些因素尤为明显。除了格氏病外，在几种病例中，说明有毒物质或化学物质可以引起妄想症。

一、物理理论

化学剂

有毒的或化学的物质有时可能是发展妄想症状群的致因因素，一般不是引起格氏病的因素。证据表明，重金属使人中毒后，可能引起各种形式的妄想模式，以及象艾萨克·牛顿后半生所表现的易怒。牛顿的日记透露，他不断用嘴尝试他的化学试验的结果，其中有铅、汞以及别的金属物质。在他的情况中，汞可能就是后来发病的动因（致病化学剂）。

大量的别的化学剂至少可以诱发暂时的妄想行为模式（约翰逊和恩格尔，1982）。许多这样的化合物，如甲苯和亚甲基氯化物，在周围环境中随处可遇，特别是在工业区。大量接触这些化学物质的工人，都有危险患各种各样的生理及心理上的疾病，也包括妄想症在内（约翰逊和恩格尔，1982）。各种药物也可诱发妄想作用。滥用“白面儿”、可卡因、LSD（麦角酸二乙胺）、或者氨基丙苯的人，不仅有患妄想症的危险，而且也有患其他精神病的危险（见第十二章）。

停止接触这些化学物质常常可以减轻或消除这些妄想症状。然而，在病例中这部分人占的比率很小，化学作用仍然持续。

有种种假设可以解释为什么这些化学剂可以导致妄想症。大脑机能受到直接的破坏显然也是有可能的。有些人把妄想症看做更象由生物机体选择的一种应付机制，它的传感和感受能力在不断地变化，并以此来对自身解释这些变化。

尤其是工业工人。他们无法解释为什么工作能力和工作效率降低了，或为什么操作失误增加了。把责备投射到别人身上（如上司或管理人员），可以保护自身价值不受贬低。

生物化学障碍

如第八章所见，生物化学失凋可以诱发包括妄想症在内的各种形式的心理行为。这些失调是由于出生创伤、疾病、或遗传原因所引起的5-羟色胺水平或是别的大脑化学成分不稳定而造成的。妄想性精神分裂症就很有可能是由生物化学失调而引起的。别的生理障碍，如格氏病，在其症状中可能表现出妄想症的特征。

二、心理学理论

虽然物理原因很可能导致妄想症，但是大多数理论家认为，从不伴有精神分裂症的长期症例来看，心理原因通常是主要的。

弗洛伊德的观点

这个观点最老，但在中期和现代心理动力学中仍然流行。它是在弗洛伊德的早期著作中提出的。他假定，不可接受的同性恋冲动是由自身不自觉地转移到冲动的对象上，这种过程叫做投射。“我爱他或她”这种感情，对于妄想症患者的不自觉的自我意象来说，是不可接受的。这种对感情的抵御把思想转化成“我恨他或她”，同时也引起自我意象问题，因为没有足够的理由来恨她或他。最后转变成了“他或她恨我”，这就可以避免与早期信念有联系的内疚或焦虑。

临床文献中的许多病例似乎都支持这种理论，然而，还

有明显的证据证明，这种防御的结果要么就不是普遍的，要么就不是普通的。一则，种种冲突已被发现是妄想系统发展的中心；二则，大量的妄想症患者都有明显的同性恋。

敌视理论

这种公式省略了基本前提“我爱他或她”，但却沿用弗洛伊德早期关于信念发展的诸方面。虽然它的优点是把更多的潜存冲突也包括在致病因素中，但是这种理论太含糊了，无法解释为什么在大多数人中这些普遍的冲突不能导致妄想症模式。最重要的一点是，它不能解释为什么这个人最初会变得怀有敌意。

学习理论的观点

实质上，对所有的人格障碍来说，模仿（见第六章）都在妄想性人格障碍的建立中起着重要的作用。在心理妄想混乱中，模仿和冲突产生的行为（如在科尔比的“责备——羞耻”理论中所讲述的，这在后面要讨论）被认为具有同等的重要性。

社会学习理论

社会学习理论的观点是由几个相关的理论发展而来的，其中还包括学习理论发展出来的。如厄尔曼和克立拉斯纳尔(1975)所报导的那样，象卡梅伦等这一理论的倡导者假定，妄想症患者是“妄想症伪社团”中的一部分。这些人通过模仿，很早就学会了责备别人。不管他们的世界中什么出了差错，都归咎于别人。当正常的刺激不可避免地出现时，他们就使自己从人与人之间的相互影响中孤立出来，站到他们不能分受他们的脆弱的地方，并以此来驱散他们焦虑。他任们意曲歪现

实，而不愿改变他们错误的基本信念。如果这个新的现实不具有一种幻觉系统的方面，这便反映出一种妄想性人格障碍。可是，这种人往往确定一个系统化的“他们”，而且形成一种真实的幻觉系统。

但是，大多数病例中的事实证明，如果其被迫害的感觉还多少有一点真实性的话，这不是妄想行为的原因造成的结果。如果他们的行为有破坏性，那么人们最后都会反对他们。

“责备——耻辱”理论

由社会学习理论的观点发展起来的这种理论提供了一个一般的结构，这种结构有这样的灵活性，即它允许把所有其他的从心理学角度对妄想症的原因的解释结合起来。这种责备——耻辱理论假定妄想症有其自身的象征性精神模型（或观点），在“ego”（自我）受到预期或真正的攻击时，还企图保持这种模型。这给妄想症患者提供了一种方法来承受潜在的毁灭性损伤，他们相信会有办法来避免它们。如果妄想症患者认为自我攻击出现是由于自身某一不可改变的方面，他们就容易变得受压抑。（在这方面，“责备——耻辱理论类似其他理论所提出的“习得的无助”的变体。这一点将在第十章详细讨论）根据责备——耻辱理论的创始者肯尼斯·马克·科尔比的观点：“当一种认为自我不适当的信念受到相应的输入刺激。并被发觉是耻辱的信号时，妄想者就使用各种信号过程程式来预防一种受到威胁的不愉快的耻辱感经验……在防止耻辱的过程中，这些程序使用一种办法．谴责别人虐待自身的策略”（1977，第56页）。

责备——耻辱理论不仅为别的心理学理论提供了一个内容丰富的框架，还承认更多的可验性预兆。例如：基普尔和吉诺特（1979）的研究就证实了科尔比对妄想症策略的解释。他们发现，倾向于妄想活动的人能够使用这种方法来保护自我意象，即：把他们自己行为的录象所传递的毫不含糊的信息加以歪曲。

待考察的问题：患妄想症的电视观众

电视中充满有关暴力的描述，作为一种因素暗示对于现实生活中产生的暴力都一直是有关的（见第十三章）。还有些事实证明，过多地看电视可以产生许多被歪曲的信念。对各少数民族群众（如黑人或有缺陷者）的歪曲性描绘已经减少或消失了，但往往只在少数民族集团的积极抗议下才取消。但是，患有心理障碍的人继续被以一种歪曲的方式加以描绘。例如，当心理障碍患者在电视上被描写时，与对正常人的描写相比，他们要么杀人，要么就被人杀（菲希尔，1982）。但实际上，精神病中的暴力行为的比例是与其他正常人的比例十分接近的（见第十三章。菲希尔（1982）在宾州大学安尼伯格交际学派的乔治·格伯纳及其助手的不断的研究所做的报告中注意到，在最佳节目时间中的节目有17%是一个暴力主题或者实际上描写的是暴力。被描写为精神错乱的角色中有73%是作为施行暴力者来表现的（与44%的正常角色相比），81%是暴力的牺牲品（与44%的正常角色相比）。许多这样的描写告诉人们，心理障碍是邪恶势力和罪恶的结果。因为精神病患者不可能联合一致来反对这种歪曲，所以这种描写可能还会继续下去。

这些描绘由于与很高的暴力事件和电视的欺骗性结合在一起，因而给广大的电视观众创造了一种"卑鄙世界的综合症"（菲希尔，1982）。

这些观众①有一种夸大了的将成为攻击的牺牲品的预感；②把犯罪的出现估计得过高；③相信精神错乱者远比他们实际上更残暴。这种由歪曲信念所产生的关注和焦虑致使观众更容易接受暴力就是报应的政治气氛；结果，暴力循环就扩大了。在自杀率上升的情况下（见第十章），这是宣传媒介引起的后果，这种媒介必须承认它们在这方面的责任，而且必须做出反应。

妄想症发展的阶段

在妄想思维演进的过程中，有几个发展因素是常见的。最主要的因素是父母的行为。来自使用投射的父母的示范以及依靠严厉的斥责作为约束儿童的抚养方法都起着很大的作用。诸如社会的孤立、语言不同、非法拘留以及生理机能的丧失（如阳萎或听力渐失），这样一些环境经历都可以是人们易于接受妄想观念作用的催化剂。这种病症一般是以下列顺序发展起来的：

1. 一般的疏远：儿童期受到大量的斥责或其他环境创伤便产生一种与别人在感情上的疏远。

2. 不信任：在正常关系中、缺乏感情上和交往上有效的反馈，妄想就发展为一种对别人和整个世界都不信任的观点。

3. 选择性知觉和思维：不信任经常带来一种在思维中对材料的感知和加工的选择性过滤。这更加深了妄想者与周围世界在关系上的疏远，使这种关系进一步歪曲。

4. 焦虑和愤怒：这种人抑制焦虑和不定的感情，把别人看成是问题的根源。一种对世界敌视的定向就很容易产生对具体的他人的愤怒和怀疑。

5. 歪曲的洞察力：随着疏远和敌视进一步成为焦点，这种人就产生了一种“看破红尘”的意识。敌视的目标也明确了，而把行为的妄想理由当作事实接受。

6. 恶化：这种具体和接受引起了与现实的脱离，导致了幻觉，还失去了一些或仅有的一点儿仍起作用的交往关系。至此，妄想者才真正从感情上和认识上孤立了。而且变得更加依赖错误的信念和由此产生的系统。从这一点上来看，这种障碍模式从此才使自身永存。

专题研究：科尔比关于妄想症的“责备——耻辱”理论

1972年，美国象棋大师波比·费希尔与世界象棋冠军苏联的波利斯·斯巴斯基为争夺冠军在冰岛相遇。这可是关系到一个国家的国际声誉的至关重要的一场比赛。尤其是对苏联人来说，因为他们24年来一直保持不败的冠军地位。随着比赛的进行，很明显斯巴斯基面临着一场可耻的失败。当比赛到紧要关头，苏联人宣称，斯巴斯基正受到非法手段的不利影响（如化学物品或电子装置），并且要求对正在进行比赛的大厅进行搜查。尽管这次搜查并没找出什么秘密的有害物，可是斯巴斯基一直坚持到他的注意力被一种神密而不可言喻的力量彻底破坏的最后时刻。

肯尼斯·科尔比用费希尔——斯巴斯基的比赛来阐明他的关于妄想症的思维过程理论。科尔比把妄想症解释为：一种减少或避免受责备和受耻辱的不愉快的经历的企图。在这个例子中，斯巴斯基面临的危险是，将要把他的国家保持了许多年的冠军宝座，让给一个被普遍认为有点古怪，而且没有世界比赛经验的人。在这种情况下失败，无可否认，是一种耻辱，而且，按照科尔比的说法，斯巴斯基的情况恰好

是这样一种情况，在这种情况下妄想症很容易发生。

斯巴斯基失败了，但是失败对他的冲击，却因他坚持主张是受到自己不能控制的外力的不利影响而多少得到了缓解。由于斯巴斯基的抱怨得到了苏联大使的支持，又由于他是一个久负盛名的棋手，所以他的抱怨外表看来是可信的。在比赛过程中他不断地盯着头上方的灯看，而且抱怨说有说不清楚是什么力量在阴谋干扰他的注意力。这说明他的行为里面还有一种病理学上的因素。超出世界冠军赛这个范围，这些言论无疑可以解释为妄想思维的迹象。

在对妄想症病人的临床治疗中，科尔比主张探寻他们的历史，以便找到那些遭到斥责和侮辱经历的证据。只知道病人是否都深深地经历遭受侮辱的痛苦是不够的，还要知道他们是怎样采取这样的办法，就是首先否认自己人格上的缺点和脆弱，然后，当出现问题时，就谴责别人，妄想思维就发展成一种减少潜在耻辱事件影响的方法，就此形成了。例如：一种预感要素。值得注意的是，在失败将要出现的危急时刻，斯巴斯基要求进行搜查。在比赛的前一阶段，他可能怀有必胜的信心，大概没有预感到任何对他的自尊或者能力的威胁。可是，当他输了几盘之后，将要受辱的前景越来越大。为了避免遭遇这次失败的整个冲击，斯巴斯基和苏联队煽起了一次搜查，而不愿接受人格上对这次比赛失败应负的责任。

科尔比理论的正确性还有待证明才能得出结论，但是同时它却给临床提供了一些线索，说明各种经历可能在妄想思维过程中起作用。按照科尔比的说法，怀疑和不信任经常反映出这样一种背景，在这种背景中，对责备和耻辱的经历被歪曲到这样一种程度：个人的问题被视为他人的错误。

情况竟到达这一地步，由于当面的侮辱、斥责在抚养孩子过程中是一种普遍的做法，许多人都可能或多或少地体验过轻微的妄想思维模式。（很少有人不记得曾被父亲或母亲用这样的话来训斥：“你真

不害羞”）。这些经历如果不断地反复，也许就随着轻微的变化，很可能会使歪曲和减轻造成痛苦结果的思维过程得到发展。科尔比提出，在责备不结合进正常的抚养孩子的文化中妄想观念作用更少见。以后的跨文化研究可能会进一步证实这一有趣的可能性。

第四节　治　疗

治疗妄想症特别困难（卡兰等1982），因为妄想症患者总是在警惕地防御着对他们的脆弱的外来入侵和攻击。把治疗理解为一种强迫他们面对自己内心的冲突和脆弱的情形，结果很少有人愿意接受治疗。如前面病例中所讨论的，通常那些再也无法容忍他们的行为的人强迫他们接受治疗。

即使在无法回避治疗的情况下，他们也会想办法来减少治疗对他们的影响。在妄想症患者接近治疗者时，他们已经有了有效地避免真正遭遇他们的基本恐惧的长期经验。因此，对妄想症的治疗并没有明显的效果，而且确实能够取得治疗效果的办法往往都是长期的。

待考察的问题：拒绝治疗的权利

妄想症特别难治，因为患者采取积极的办法抵御大多数介入的努力。患有其他心理障碍的人有时也抵御或拒绝治疗，这些治疗至少也许有些效果。然而，有许多这样的情形，拒绝治疗是合理的（见第四章）。因此，关于在某种场合下是否该对拒不接受治疗的人强施治疗，或者，是否所有的患者都有拒绝治疗的权利，这样的讨论仍在继续。

以往把精神错乱的人看作病人，也就是说，认为（实际上通常也

这样做）他们必须接受对他们施行的任何治疗。然而，当大量的治疗会产生各种逆反性副作用时，病人及其辩护者就开始坚持他们有拒绝接受治疗的权利，并且引用了基本自由法第十四条修正案，取缔酷刑和非正常刑罚法第八条修正案，以及一般的支持个人权利的宪法条款。所以一般的倾向还是支持和扩大这种权利的。

一些心理保健专职人员坚决反对这种倾向，而且有许多反对的理由是值得称道的。例如，阿普尔鲍姆和古塞尔（1980），发现他们的抽样调查中有20%的人由于拒绝治疗而失去了痊愈的机会。然而，在大多数情况下，反对意见反映了专职人员所关心的是失去对顾主（病人）的控制权（有随之而来的经济损失），而不是病人的最终利益。由于争论的双方各持己见，拒绝治疗的权利无疑将还是一个值得讨论的重要问题。

一、突破疗法（Crashing-through Techniques）

这是一种被证明对患有严重混乱妄想病人有疗效的方法（罗森，1953、卡伦，1976），想切断习惯和用来避免面对基本关注的防御之间的联系。罗森发展了“直接分析”法（见第四章），该法基本用于治疗精神分裂症，但是他这种方法似乎特别适于治疗妄想性精神分裂症，或任何其他严重混乱的和退缩型的病人，在治疗初期尤其如此。卡伦（1976）独立地提出了一些实验证据来支持这种方法。

由于建立在精神分析理论的基础上，直接分析法强调对那些被认为是妄想症患者的原冲突区域的解释常常集中于性欲。下面这个真实的治疗者——患者的相互作用是相当典型的。

治疗者：你根本不想和我交谈，是吗？

患者：你就是一个那样的人，那种……我知道你有一种测心的射线。

治疗者：你怕我知道你的那些想法——你想奸污你母亲的想法。

患者：我从没打过那种孬主意！（尖叫）你就是想把这些孬想法塞进我脑子里。

治疗者：你知道我说的是对的。你想占你母亲的便宜。

患者：（尖叫）我没那样想！我没那样想！

象许多别的妄想症例一样，病人的幻觉中有那么点儿真实的东西，显然治疗者并没有什么用来测心的射线。但是他受过辨识行为模式和冲突的训练，而且限于这一点来说，他确实能够测出病人的心理。

治疗者对一个病人想要与其母亲性交的解释，反映了象梅伦里·克雷因和安娜·弗洛伊德（佛洛伊德的女儿）这些精神分析家的理论。许多观察者较明智地说，这样一些夸大了的假想可能不真实，然而他们承认，这些解释至少可以使病人做出情感上的反应——可对一个妄想症病人并非总是轻易做得到的。通过代以别的恐惧，使用行为矫正疗法的治疗者（见第四章和第六章）或支持科尔比“责备——耻辱”理论的治疗者在治疗妄想症病人的工作中，能够成功地采用这个方法。

二、“诱导法”（End-around Techniaues）

大多数治疗者在妄想症患者能够避免冲突前，不是采用

挑明冲突的办法，而是主张使用各种心理疗法尽量去理解深藏于妄想症病人幻觉中的意识(科尔比，1977；巴里特，1980，1981）。这些“诱导”的方法，试图把任何回避的可能性降到最低限度，而且同时在治疗的过程中产生一定程度的信任。因此，这种方法的最初目的可与系统脱敏法相比（见第四章和第六章中讨论的〔SDT〕），话题的中心是小心翼翼地接近的，并且只有当病人感觉相当舒服的时候才提出更敏感的问题。

如巴里特（1980）所述的，最重要的技巧是赢得一个长期对人不信任的人的信任。首先，治疗者必须避免把妄想症患者的逻辑贴上“疯狂”或“乖戾”的标签。这要求很多感情上的自律。同时治疗者必须承认而不是参与妄想症患者的幻想系统，保持他或她的完整。（巴里特，1980、1981）。

妄想症患者不可避免地会问他们的理论是否是没有道理的，应该做出的反应是，指出证实一个否定的看法是不可能的。例如：电话没有被偷听，或者某个人的配偶不是不忠实的。同时，治疗者可以向他指出：他或者她知道，感到这些事情都可能是真实的该有多么可怕。巴里特还建议，治疗者应该向妄想症患者指出，完成他们所害怕的正在发生的事情应该需要多么大的精力。这一点对于妄想症患者来说很重要，即他们能在某一点上领悟，某人能够对世界许多方面产生影响，而不留下他们所做努力的任何被清楚证明了的证据是根本不可能的。

最后，巴里特建议，治疗者应该用言语表达他们生活中与妄想症患者生活中的相似之处。这样做既可以给他们提供

一种新的参考框架。也可为他们提供一种应付生活压力和挫折的范例。通过治疗者的幽默和对自己的苦恼以及自己应付外界的方法的讨论，妄想症患者也许可以学会从冲突中解脱出来，认为可供选择的前景还是可观的。这种方法不一定总是成功的，但是，把它当做一项治疗计划的主要部分却能够提高积极转化的机会。

三、其他方法

对于别的精神分裂症来说，在控制妄想性精神分裂症病人的行为中更加混乱的诸方面，抗精神病药是有用的（见第四章）。团体疗法已在所有的妄想症范围内尝试过，但由于这些病人都抵制有意义的介入，只有在通过其他方法发展到一定程度的信任之后，这种治疗法才能奏效。电痉挛疗法(ECT)和心理外科手术（见第四章）已用来治疗一些形式更加严重的妄想行为。电痉挛疗法可以破坏妄想症患者的幻觉，而且从这一点来说，可以让治疗者进入那些防线。但是电痉挛疗法的侵入和它经常产生的认知混乱，容易增加脆弱感和羞耻意识，而且会因此而加强妄想症患者的防御。传统的心理外科手术也有类似成问题的后果，虽然对组织破坏更小些的新方法可以减少这种后果（见第四章）。

住院治疗也可以帮助病人脱离产生妄想信念的刺激（科尔比，1977）。然而，住院经历的影响甚至可以使病人的感情更加恶化，其原因是病人的基本恐惧便是怕被正式公开地贴上“疯子”的标签。（厄尔曼和克立拉斯纳，1975）。

虽然所表现出的障碍常常很广泛，但是象精神分裂症和

妄想症一样，即将发生的情感障碍也会是很严重的。

本 章 要 点

1．妄想症的障碍模式其范围涉及从严重的、心理上的以及无组织的妄想性精神分裂症的幻觉，经过心理上的，但稍有组织的DSM-Ⅲ妄想症到非心理上的，但是长期的人格障碍。

2．在许多情况下，妄想症患者所关注或若虚构的都有一点儿真实的东西；正是由于反应过度敏感，投射和封闭式的思维系统，这种信念才被定义为妄想。

3．妄想性精神分裂症在几个方面上与其他精神分裂症不同，例如：它通常出现在一个人的后半生，或者出现在智力较高的人中。然而综合判断能力却比患其他妄想症的人更差，这反映了在大多数精神分裂症患者身上所发现的许多器官活动区域所遭到的严重破坏。

4．某些少见的生理情况，如重金属中毒或者甲状腺疾病，可以引起妄想症模式，但是在大多数情况下，心理因素被看成是基本的原因。

5．“责备——耻辱”理论（科尔比，1977）含有其他理论的许多重要的方面（如投射），把妄想行为看作是企图避免来自责备和耻辱经历的预料中的自我攻击。

6．诸如父母的示范这样一些发展因素以及象社会孤立这样的环境经历在妄想行为的发展中是常常可以观察到的。一般的疏远、不信任，选择性知觉和思维，焦虑和愤怒、被歪曲的看法以及恶化是妄想症发展中常见的阶段。

7. 妄想症可以通过切分信念系统或者更巧妙的"诱导"等方法治疗，这些方法包含有与妄想信念相矛盾的支持性问题和反馈材料。这后一种方法更常用，并且似乎对大多数妄想症病人也更有用。

第十章　情感障碍与自杀

抑郁症和躁狂症标明了一种活动光谱的两个极端，而且这两种症状自古以来便有记录。希波克拉底把抑郁症（或忧郁症）归因于黑胆汁的过量，而把躁狂症归因于黄胆汁的过量。卡帕多西亚的阿瑞塔厄斯第一个注意到躁狂症与抑郁症交替出现的关系。在许多方面，这种关系得到了充分地描述，如抑郁与快乐或抑郁与满足。

严重的躁狂症几乎总是含有抑郁的出现，DSM-III则认为“总是”如此。DSM-III对躁狂症的标准诊断是一种双相性的障碍，通常被列为混合性的或躁狂性的障碍。甚至连那些认为躁狂症可以不带有严重的抑郁而出现的人也认为，含有明显的躁狂因素的障碍只占精神病院所收容的病人的5％。但对抑郁症的诊断还是很一致的。严重的双相性情感障碍（包括躁狂症和抑郁症）的发病率大约每10万人中有300个，或0.3％（伯杰，1978）。可是，目前这个比率正在上升。上升的原因之一可能是，现在对双相性障碍有一种比较有效的和直接的治疗方法；然而，治疗精神分裂症可不那么容易，偶尔有人会把双相性障碍与精神分裂症相混淆。临床者显然把临界病例放到更有希望的类型中。从行为上来看，对一个成人来说，躁狂病就如同儿童的多动症一样，尽管两者之间没有明显的因果联系。同样，与流行的观点相

反，躁狂症患者未必都欣快或高兴。当不处于一段出现躁狂的时间里，躁狂症患者常常希望摆脱这种行为。

本章还将讨论自杀，因为与其他的精神障碍相比，自杀与抑郁症的联系更密切。

第一节 DSM-Ⅲ 情感障碍

情感障碍指的是适应性的情绪或感情模式，这是与混乱的思维相对而言的，混乱的思维是前面所讨论的两种严重的障碍的特征，即：精神分裂症与妄想症。情感障碍这一术语所包括的范围，从常常伴有过多的言行和极度的欣快（往往掺杂着见到“干涉”就表现出的激怒）为标志的躁狂表现，到常常伴有忧伤、迟钝的行为和一种绝望意识为标志的严重的抑郁感。DSM-Ⅲ中的情感障碍基本分4大类：主要抑郁症，情绪不良抑郁症，双相性（躁狂）症，循环性（躁郁性）情感障碍。主要抑郁症又可细分为单一出现的躁狂或重复出现的，而且，至少在表明抑郁症出现之前两周，有明显的综合症状。DSM-Ⅲ认为，只有当出现幻觉、幻想或者“抑郁麻木”，也就是说病人不说话也没有反应时，临床者才可以把出现的抑郁症确诊为心理上的症状。情绪不良（抑郁）症（代替DSM-Ⅲ中的“抑郁性精神官能症”一术语）需要有超过两年以上的虽不是永恒的但却是经常的抑郁性综合症状表现（就儿童期和青春期而言，为一年）。

第二节 躁狂症

虽然有些理论家，包括我们自己在内，意见不一致，但DSM-Ⅲ提出，无论过去还是现在，躁狂表现只与某种程度的抑郁有关。结果，双相性精神障碍的类型（混杂的，躁狂的，或压抑的）既有躁狂的成分也有压抑的成分，并且与传统的DSM-III躁郁性精神病结合起来了。循环性情感障碍也是躁狂因素与压抑因素相结合，但它的时间更长，也远没有那么严重。

一、症 状

躁狂症的三个基本特征是：1.过多的运动行为；2.不稳定的欣快或易怒情绪；3.观念迅转。

1. “过多的运动行为”：躁狂症患者似乎有不竭的精力，虽然其注意力集中的时间很短。快速而且似乎是压迫出来的话语也是一个典型。其行为常常是颠狂的，但与精神分裂症相比，却又显得更有目的而且有组织。他们做出许多夸大的投射，但完成的却只是少数。带有轻度的和间歇性躁狂因素的聪明人，他们的投射很有效，如果他们有与之配合的人来组织并完成这些由他们产生的投射行为的话。

2. “不稳定的欣快或易怒情绪”：躁狂症的情感不是持续性的快乐，但是很强烈。相应的当夸大的计划制订后，欣快就表现得更加明显。若计划未能实现，欣快则往往转化成愤怒和抱怨。因为，其情感变化往往是突然的，所以才称

它为“不稳定的”。

3．“观念迅转”：观念迅转表示思维从一种模式向另一种模式迅速的转变。言语模式显得零散，因为躁狂症患者比正常的人在言语中所使用的连接词语少得多（国家精神保健研究所，1977）。词语的选择并不独特，但似乎躁狂症患者迅转的思路把思维中的许多环节都跳过去了；其中没有标准的词语步骤。观念迅转常伴有膨涨的或夸大的自我观点，当这两种特征被结合起来且得不到控制时，就会导致自大或者强权幻想。

在大多数情况下，精神分裂症的典型的思想障碍和单调的情感，是不会与躁狂症混淆的。对一些类似这两种症状的病例来说，有几种主要特征在确诊上很有用。

（1）虽然精神分裂症与躁狂症二者都丧失理智，但是，精神分裂症是由内部思维和沉思默想所引起的，而躁狂症则是由别人不注意的外部刺激所引起的。

（2）精神分裂症患者一般回避与别人的关系，躁狂症患者却全部开放与外人的接触（国家精神保健研究所，1977）。

（3）一般情况下，与躁狂症患者相比，精神分裂症患者表现出在皮层的诱发脑电位上的反应程度较低（见第八章所述的皮层的诱发脑电位）。

专栏：躁狂症和抑郁症的主题统觉测验故事

下面这两个故事是由同一个人在两个不同的场合下讲述的，而且是在对14号卡片中具体的投射测验作出反应时讲的。这个具体的投射

测验被称为主题统觉测验（见第三章）（卡伦，1981）。第一个故事是由这位20多岁的女大学生处于躁狂状态下讲的，另一个是她在抑郁状态下讲的。常被认为列出自杀念头的14号卡片，绘出了一个正从很高的窗口向外瞰视的男子的轮廓。可是那个抑郁的故事却讲得很短而且连贯，并指出了内疚迹象，不是稀奇古怪的。但那个躁狂的故事却由于观念迅转，而显得缺乏组织，是一个夸大的自我观点，以及轻度的妄想主题。

躁狂状态的反应

他上到了那里，觉得自己是一切的主宰。我猜他在那儿正和一些工人讲话，刚结束罢工，他们有太多的金钱问题，所以他们放弃了罢工。他喜欢主宰一切，干他想干的一切，干他想干的许多事情，有钱经常出去——他喜欢跳迪斯科。他必须行动快些——有些人嫉妒他，他的权力——但他应该享有它——他常常干什么都很出色——一个真正的优秀运动员。他可以关心工人问题，但必须对他们狠些——使他们呆在自己的位置上。

抑郁状态的反应

他正在回想他的童年——他的生活。他认为他活得太贫瘠了。他在想许多他伤害过的人。他想要往下跳，但正在考虑是否只能摔成重伤而死不了。

在某种更有实验性的水平上，最近发展的大脑扫描技术，在区分躁狂症和精神分裂症方面更有效。一种象X光一样的新技术叫正电子层面照像，这种技术于1976年首次在人身上使用。它揭示了大脑中葡萄糖（一种单糖）代谢（衰竭）的变态模式，而且证明了这些模式在躁狂病和精神分裂症中是有区别的。有些躁狂症患者表现，如果他们正处于攻击状态，右颞叶区的葡萄糖活动有所增加。而低资格精神分

裂症患者则表现，前额皮质中的葡萄糖代谢有所减弱。正电子层面照像的不足之处是：①诊断这种变异可以使用其他更简易的办法；②如果行为模式非常近似，正电子层面照像则不能全部查出这种差异；③费用太高；④需要往血管中插入一个导管，这是个小小的但又是很明显的冒险；⑤往大脑里注射放射性物质，则具有长期的危害，这些危害现在还没完全弄清楚。

二、病原学

关于躁狂病的心理原因理论，要比有关其他症状的少得多。许多行为主义者争论说，某些躁狂行为反映了高度强化和抑制消失的基本模式。精神分析学家一直把躁狂症看成是放松状态，这是刺激回避和否定潜存抑郁的重要因素（刘易斯，1981）。按照雷多的说法："躁狂状态以相同的规则接替自我惩罚（抑郁）阶段，就如同原来的生物过程一样，饿很了就暴食。"（1928，第420页）。这段论述反映了精神分析学家的观点，抑郁症是建立在内疚基础上的，并且需要惩罚，因此，只有通过消除内疚，才能从抑郁中解脱出来。少数精神分析学家认为这就是为什么电痉挛疗法对治疗抑郁症有用的原因；病人把电痉挛治疗时的电震理解为应受的惩罚，于是就减轻了压抑感。

然而，几乎所有的理论家，包括行为主义者和精神分析学家，现已接受了这个观点，即：生物障碍是最常见的主要致病因素。这种观点的证据有几个来源。首先，化学元素锂治疗躁狂症有戏剧性的灵验效果，这一点已得到充分证明。

其次，有事实证明，某些脑细胞中的锂-钠转化中遗传基础上的变异，在常有躁狂成分的情感障碍中起一定的作用。最后，由躁狂症转变成抑郁症的明显标志是血液中钙和磷的成分增多。当一些萎缩性抑郁症接近焦虑不安时，也可以见到相同的现象（国家精神保健研究所，1977）。

有些给人印象很深的资料说，无论引起躁狂症的是哪个确实的生物机制，其实遗传因素才是最重要的因素（国家精神保健研究所，1977；凯斯顿·鲍姆，1979）。关于大脑机制在躁狂症中的情况究竟如何，还缺少明确的证据，因为躁狂症与抑郁症截然不同。多数人认为它是一种与引起抑郁症过程普遍相反的过程。这一点将在本章后面详细讨论。

根据凯斯顿·鲍姆（1979）所说的，在下列情况下儿童有患带明显的躁狂成分的双相症的危险：①有双相精神病症的家庭病史；②已表现出情感问题，尤其是过度兴奋；③对韦克斯勒儿童智力量表中语词项目（而不是那些依赖视觉运动操作的项目）表现出非常显著的能力；④有脑电图证明大脑前叶中有不规则现象。

三、治　疗

在使用锂治疗以前，许多治疗法都得到了奇闻般的支持，认为治疗躁狂症有效。这些疗法每一种都很有希望，但有效的实践数据证明，其效果并非垂手可得。一个充分的理由是，躁狂症自动消失是常见的现象。因此，治疗者碰巧做出不寻常的事情时（如：提出新的话题，使用新药物，或者甚至睡着了），同时他的一两个躁狂症病人自动地恢复了正

常，这种巧合会使治疗者猜想，也许是新方法起了作用。如果他们渴望出版一个临床报告的话，在别人没有发现这种治疗只是一种假设之前，这种新方法就会成为注意的焦点。

锂是一种化学元素，最初于1817年由约翰·阿尔佛雷多分解出来。他是个瑞典化学家。他给这种化学元素命名为锂，是由于他在石头里（希腊的一种岩石）发现了它。一位名叫约翰·凯德的澳大利亚精神病学家在20世纪40年代偶然发现，锂有对神经起显著作用的特性，特别是治疗躁狂症有积极的疗效（利普顿，1979）。经过是这样的，当时凯德正进行一项研究，以确定躁郁阶段的尿酸是否是“毒素”；后来他把豚鼠的尿素注射到人身上（分析起来似乎两者都是豚鼠），希望肯定尿酸增加了尿素的毒性这一假想；他添加了易溶尿酸盐——锂尿酸，但令他吃惊的是，结果反而是尿素的毒性减弱了。进一步分解锂的实验表明，它具有治疗性能（国家精神保健研究所，1977，利普顿，1979）。

锂经常混合成锂碳酸盐，这是一种简单的化合方法，其中同样可以含单位重量比例很高的锂。使用锂治疗要比使用其他药物更需谨慎些，因为肾能很快地吸收它，所以必须分量服用，以免损害肾。指导病人服用很重要。例如，他们必须不间断地服用，而且，即使他们感觉好了（且躁狂症患者不时地会感觉好了），也得按计划服用。

锂也可能有相当大的长期的副作用，包括手颤、增肥和多尿。因为锂可以抑制甲状腺分泌，引起甲状腺肿大，其他与甲状腺有关的问题，以及出现甲状旁腺症等，也可能引起肾功能失调。

对锂的研究少得惊人，而更多的效用不大的化合物却得到了重视。对这一点有两种解释似乎有道理。第一，如上面所讨论的，认为锂有毒是有根据的。第二，因为锂是一种天然元素，它得不到专利权。医药公司对研究那些能获得专利的新的化合物有更大的兴趣，因此，他们就可以控制市场，谋取物质利益。也由于同样的原因，医药公司对于谈论治疗或不能获得专利权的自然疗法，从不持赞同态度。

锂对躁狂症的治愈率达70%到80%（国家精神保健研究所，1977；利普顿，1979）。霍伦和贝克（1978）声称，把锂治疗与心理疗法及具体的行为疗法结合起来，比单独使用锂会收到更大的疗效。

第三节　抑郁症

尽管人们在早期往往把焦虑看得非常之重要，但是多数专家现在把**抑郁症**看作是心理变态的主要形式（艾里蒂和本普里德，1978；泰格尔，1979；卡比，1980）。

抑郁症被称为精神病理学上的“流感”，但只是就其很高的发病率而言的，并不表示这种症状的严重程度或持续的久暂。感觉到强烈的压抑，是感情的冻结和主动性的消失。大部分抑郁症患者保持对其周围世界的了解，但却失去了与之交往的愿望。他们的自我意识削弱了；过去给他们带来内疚和自责，现在似乎总使他们感到压抑，而未来又是暗淡的。

样写到，他的一阵阵的压抑感使他“难以言喻地忧闷和痛苦”。温斯顿·邱吉尔以尖刻的言词把抑郁说成是他的“black dog”（直译是‘黑狗’，意即沮丧——译者注）。如卡尔伯持·卡缪把这种体验描述为“生活不足以使我的世界住满人并且驱散我的厌烦”。因此，抑郁是一种能影响整个机体的病症。

一、症 状

在生命的各个时刻，许多人都有轻度的或者瞬变的压抑经历。对丧失（死亡、工作、金钱）或分离（离婚、地理环境上的迁移、毕业）所感受到的短暂的反应性抑郁是正常的。达尔文假定：发展成抑郁行为，是因为在一种暂时的形式下，他们对于同类的幸存者有价值，使社团对危险十分警觉。当抑郁很强烈而且延续很长时间时，便出现了障碍（卢因森和霍伯曼，1982）。

抑郁症可由一种或多种“基本”症状表现：

1. 烦躁不安（感觉不适）或者冷漠的情绪。
2. 回避刺激。
3. 长期没有体验快乐的能力或者缺乏快感。

抑郁症还常伴有大量第二性症状：

1. 停止与别人接触。
2. 反复思考自杀和/或者死亡。
3. 睡眠不安，特别是早醒。
4. 精神运动不安或者迟钝。
5. 食欲减少和/或者遭到破坏。

6. 自责；无价值感；没有理由的内疚感。
7. 缺乏决定能力；思想迟钝；缺乏专注力。
8. 饮酒或用药增多。
9. 没由来地哭叫。

据统计，美国有2000万到4000万人有过严重的抑郁经历，每年至少有20万人因抑郁症而住院。还据统计，近1/4的专治生理疾病的门诊开业医生，实际上应付的是一些以抑郁症为主的综合病症；约85%的专治抑郁症的精神治疗药物是由非精神治疗者开的，他们大多是些内科医生、妇科医生和家庭医生。

抑郁症在某些文化中并不能常被诊断出，例如：法籍加拿大人和日本人，这两种人就显得发病率很低。在日本，诊断出的抑郁症的比率很低，反映了他们在很大程度上已接受了那种感受类型。其实，日语"悲衰"（Kanashi）一词，在别的语境中，也表示美丽或者爱（马赛勒，1980）。

年龄变化

躁狂症和带有躁狂成分的抑郁症，常在30岁以前发病，而抑郁症则可在任何年龄发病。单独的焦虑和学校恐怖症可以表明儿童内心潜存的抑郁。有过一次严重抑郁症的成人，大约有50%的机会再经受一次发作，而那些有过几次发作的人，比起那些只发作过一次的人来，有转变成长期的双相症（躁郁症）的更大的可能性。

性别变化

青春期前，抑郁症在男女之中同样常见。从青春期起，

女性比男性更容易直接地在情绪中表现出抑郁征兆，而且这种差异在整个成年期一直持续。布朗和哈里斯（1979）发现，成年人中，被认为有抑郁症者，至少有2/3是女性。这些病人中，多数社会经济地位低下，她们是更容易接受陈旧观念的被动的女性角色，而被动又反过来加重压抑感。比起那些社会经济地位高的妇女，这些妇女对付压抑感的选择也少些（布朗和哈里斯，1979；萨宾和门卡索，1980）。有几位研究者断言，有这样一些迹象表明，在妇女中实际上有更高的产生抑郁症的基础（切佛伦等，1978；布朗和哈里斯，1979），但传统的性别决定论对这种悬殊产生了严重的影响。那些很容易在处理问题时养成武断的和无意识的外露行为的男性，在学校中，表现出破坏行为、攻击性犯罪、以及吸毒和酒精中毒的比例更大。女性则更容易得被动症，也就是说，她们对行为模式有一种习得的敏感性，这种敏感使她们更容易得抑郁症。

切佛伦等（1978）研究了男女两性中压抑经验的内容。他们发现，在女性中，压抑更容易变成孤独感和依赖定向；这反映了一种关系上的满足缺失（刘易斯，1981）。与此相反，男性的压抑集中于“自我批评”；这反映了一种对实现资格和目的希望之失败的领悟（切佛伦等，1978；布赖特等，1982）。

为什么女性比男性更易患抑郁症，还有一些别的原因。首先，她们很愿意承认感到的压抑，而男子在成长的过程中学会了否认自己的脆弱。例如，值得注意的是，包在一块蓝布中的婴儿，护士和别的护理者都会认为是个男婴，因而就

很少有人抱，而且抱的时间也很短；相反，包在一块粉红色布中的婴儿，不管其性别如何，就经常有人抱，而且抱的时间也长些。

那么，男孩子没有受到鼓励来寻求或者表现更多的柔情。其次，给别人作诊断的精神保健人员大部分都是男子。可能是由于陈旧的性别作用的偏见，他们容易把女性的一系列行为看成是“受压抑的”，却把男性的这些相同的行为贴上一个不同的标签：“顺应反应”（布朗和哈里斯，1979；萨宾和门卡索，1980）。

二、范　围

有许多方法可用来给抑郁症的差别下定义。我们刚注意到一种叫做“孤独与自责”的模型（布赖特等，1982）。许多其他有意义的方面在临床实践与研究中也得到了注意。

1．“正常的与不适当的”：因暂时的“忧郁”和压抑反应所表现出的悲痛是正常的。如果这些悲痛持续且不能引起应付行为，或者当关注的焦点从这些问题转向自身时，它们就达到了变态范围（法布利，1980）。

2．“急性的与慢性的”：这一方面在精神病理学的几乎所有方面都很有用。跟精神分裂症一样，发展成慢性抑郁症的人，是不大可能完全恢复的。

3．“应激与迟缓”：有些抑郁症患者表现出焦虑和应激，而另外一些则表现为迟缓。这种应激性抑郁症更可能反映一种突发的情境反应。从这一点来说，应激是积极的，因为它反映了一种继续与目前的问题作斗争的企图。

4．“神经病与精神病”：虽然DSM-III已不再直接承认“神经病”这一名词，但有些医生仍在使用这个二合一的名称。这是一种可以用来测定各种抑郁行为严重程度的基本方法。

5．“基本特征与第二性特征”：抑郁症可以是基本症状，也可以是其他症状（如精神分裂症）、长期痛苦状态或者生理疾病的第二性特征。

6．“内因的与外因的”：这种流行的分类系统企图以原因来规定抑郁症的类型。由内在的心理和生理原因（如激素失调）所造成的抑郁症叫内因的抑郁症，由外在原因（如丧失亲人）所造成的叫外因的抑郁症。在许多抑郁症患者中，外因与内因结合，造成一种自身永存的后果，就象下面这样：

消极的环境条件＋生物素质⟶

社会性退缩＋降低了的信息加工⟶

不适当的社会行为＋内疚和自责⟶

进一步贬低自身价值＋社会性退缩⟶

促进抑郁症的进一步的生物变化

明显的内因性抑郁症的4种传统表示法是：迟缓的反应，早晨睡眠不安，情绪问题以及没有食欲而造成的消瘦。虽然一些外因性抑郁症也表现这些所谓的植物性征兆，但其表现其实都是与内在基础因素相联系的。

7．“单相性与双相性”：这些术语其实是分辨抑郁症是否与躁狂的出现有关，有关系的是双相性的，没有关系的是单相性的。德皮尤（1981）发现了单相性与双相性抑郁症

之间的两个主要区别：单相性抑郁症易表现出更多的应激运动行为，而且睡眠不安；双相性抑郁症则易表现出更多的精神运动迟缓，而且睡眠过多，也就是说，他们每夜的睡眠时数要比正常的多两个多小时，还经常打盹儿。

三、评 价

经常用来评价情感障碍的标准心理测验表有：主题统觉测验，明尼苏达多相人格测验表等。明尼苏达多相人格测验表列有抑郁症和躁狂症的不同等级，但是独立地从明尼苏达多相人格测验表中得出的有关抑郁症级别的结论，并非总是可靠的。几个别的含有大约20个问题的较短的测验表，是专门用来测定抑郁症的。其中最值得注意的是钟氏自我测定抑郁症等级表和贝克抑郁症检查表。下面是从贝克表中选出的几项（贝克，1978）。

我觉得悲伤。

我觉得没有盼头儿。

我大部分时间感到内疚。

我对别人不再感兴趣了。

我没以前睡那么好了。

我的胃口没以前那么好。

有些生理学上的测定办法也被用来评定抑郁症，但是，不做手术，对被认为是引起抑郁症的大脑物质进行有效的测验，是很困难的。有一种可以用来进行这种测验的方法，就是从脊柱中抽取脑脊髓。脑电图和尿液分析不十分准确，但

验血是有用的。

四、病原学

多数关于抑郁症病因的理论都是从4个主要的理论观点发展起来的，这4个观点是：生理学的，心理动力学的，行为主义的，和认知的。

生理学理论

1. “去甲肾上腺素、5——羟色胺和组胺”：根据儿茶酚胺理论的观点，抑郁症反映了大脑神经介质（加速神经传导的元素）水平上的变化。多数拥护这个理论的人，把主要的抑郁症看成是缺少神经介质——去甲肾上腺素。根据杰伊·韦斯等人正进行的研究（特金顿,1982），认知压力引起脑干部位去甲肾上腺素释放的比例上升。这显然刺激某些神经元以比去甲肾上腺素释放更快的速度来吸收它，最后导致去甲肾上腺素衰竭，这又反过来引起抑郁症。酪氨酸羟化酶是一种可综合所需的去甲肾上腺素的酶，已被证明是一种有效的治疗药剂。酪氨酸羟化酶，在药物治疗、电痉挛治疗和（在正常情况下）人体自然恢复的过程中，在大脑蓝斑区内生成。

在一种与此有关的形式中，单氨氧化酶可抵消治疗抑郁症的药物，从而破坏酶对去甲肾上腺素的代谢（或分解）作用。如三环药物等其他抗抑郁症药物，被认为可以抵抗把去甲肾上腺素重新吸收到神经元触突中。

有些研究者（凯蒂，1975）认为，第二组神经药物——吲哚胺（如5-羟色胺，见第八章），在抑郁症中是致病

因素。其实，这与去甲肾上腺素理论并不矛盾，因为各种吲哚胺系统实际上影响大脑蓝斑的活动，大脑蓝斑反过来又影响去甲肾上腺素的水平。这种假想的主要问题是，5-羟色氨的水平，在抑郁症病人或在躁狂状态下的双相性病人中，往往很低。

最新的证据表明，大脑神经系统中组胺受体的混乱也可能有很重要的变异性。实际上，在阻塞组胺受体方面，抗抑郁药物与抗组胺药的效力相比，是100对1000倍（科拉塔，1980），这表明抗组胺作用可以产生抗抑郁效果。

遗传理论

有重要的资料表明，遗传变异在严重抑郁症和双相性情感障碍中都起作用（海斯，1976；威诺克，1979），也许是由于跨细胞的组胺可转移性和/或者锂盐可转移性间接造成的。但是别的资料（威诺克，1979；费比，1980；卢因森和霍布曼，1982）则表明在多数抑郁症患者身上，遗传并非主要的变异因素。刺激产生的应激或者甚至长期不活动，都可以引起生理物质上的变化，包括去甲肾上腺素或与神经传导有关的酶等水平的变化（布利斯和兹万齐格，1966；杨等，1973；费比，1980）。象精神分裂症一样，抑郁症也含有几种单独症状，而任何一种症状一般都有种种致病因素。充其量只有一小部分抑郁症患者是由先天遗传因素造成的。

心理动力学理论

自本世纪初卡尔·亚伯拉罕的经典文献发表以后（亚伯拉罕，1916），精神分析学家就把受挫的无意识攻击行为看作抑郁症的原因。他们假定，在出现语词化的敌意或饮食障

碍中所表现出的原始口欲，是一种防御机制。精神分析学家往往把肥胖症解释成抵抗抑郁的第二性防御。

弗洛伊德认为，丧失自我（ego）是引起抑郁症的原因（刘易斯，1981）。一个典型的假想结果认为，一个人把丧失的他人的各个方面吸收到他/她的人格中，便对实际的丧失（如家庭成员的死亡）做出反应。同时，这个人又对丧失的他人怀有无意识的憎恨，因为这种丧失暗含有遗弃。然后，这种憎恨转而又与现在已成为自身之一部分的，从他人吸收来的方面作斗争。弗洛伊德还假定，社会的性约束也可以引起抑郁症，但有资料已明显地否定了这一理论。因为，即使在明显的性解放时期，抑郁症的发病率也并未减少。

席尔瓦诺·艾里蒂和朱利斯·贝姆波拉德（1978）提出了一种最新的心理动力学观点。他们认为感觉压抑的人在童年遭受过极大的损失，如长子，当一个年龄跟他差不多的新的弟弟或妹妹占去了母亲对他到此为止的全部注意时，他便觉到了“失乐园”。这种损失也来自别的途径，包括父母死亡或被遗弃，或者父母突然决定禁止某些孩子气的行为方式，以及坚持孩子现在该象个“大人样儿”。

根据艾里蒂和贝姆波拉德的观点，努力争取“复乐园”的人，尽力去讨好别人，尤其讨好那些“主要人物”。这种人接受一种预定的“成大事儿”的生活方式，以便讨好主要人物。这种自身生成的期望，往往超过个人的能力；因此，失败便接踵而来，同时自责和非难也在增加。

一个荣格式治疗者的病人（见第二章）在梦状中减轻了这种“失乐园”的痛苦。这个人看见自己站在房子旁边的青

草地上，在这片草地上他一直长到了6岁；他见母亲还象做姑娘时那样苗条美丽，坐在一条五彩缤纷的羊毛毯上。当他还小的时候，他们经常在野餐时使用这条毯子。当他见到自己和狗“Mikey”一起坐在双轮马车上，在灿烂的阳光下，无忧无虑地奔驰在碧绿的青草地上时，他突然而且强烈地感到“我再也不会有那一切了”。他从呜咽中醒来，痛哭了一个小时。然而，对这个病人来说，这却是个积极的转折点，不仅就其处理与父母以及与他自己的孩子的关系来说是如此，而且就其帮助他减少他强加给自己的要求过分的期望而言，亦如此。

至于其他方面，心理动力学理论所得到的支持没有多少临床资料。然而，一些临床者认为它们是有用的，而且其观点总是新的观点发展的肥沃的土壤。其实，关于抑郁症，除了它们所强调的早期经历和无意识的自然冲突这一点尚未得到证实外，心理动力学的观点与认知论的并没有多大区别。

行为主义理论

首先由弗尔斯特（1965）彻底阐明的，行为主义观点的主要前提是，当个人被剥夺了已习惯的积极强化，便会出现抑郁症。这一主张与弗洛伊德的意见在形式上没有多大区别。弗洛伊德说的是，失去早期所爱的对象(通常是母亲)，引起口唇依赖模式，它反过来又使这个人对失去外来的感情支撑过分地脆弱。在行为主义者看来，“口唇依赖”是个无用的中项，而且最初的损失未必都出现在婴儿期，甚至儿童期。

在费尔斯特的研究基础上，行为主义者得出这样的结

论：抑郁症可由两个过程之任何一个造成(费尔斯特，1965；费尔斯特和卡尔伯森，1982；雷得等，1979)。在一个过程中，环境的变化（如家庭成员的死亡或者失业），削减了即将到来的强化程度。依赖一两种主要强化来源的人，尤其易患源于强化削弱后的抑郁症。费尔斯特举了一对儿老处女的例子，她们是姐妹，在一起生活了很久，与别人很少来往。当一个死后，另一个就得了严重的抑郁症。主要的强化来源（即使它只是由口角及唠叨获得的消极性的注意）失去后，全部行为中便只剩下了刺激回避。这是一种刺激损失，而不是爱的损失。这一点很重要。

从行为主义者的观点来看，就以回避行为来说，也可观察到抑郁症的发展。根据这个解释，抑郁症之所以出现，是由于当一个人回避可厌恶的环境之企图太强烈时，它们就预先占有了能带来强化作用的行为(卢因森和霍伯曼，1982)；在这种情况下，抑郁症就是由回避焦虑发展起来的。由焦虑产生的刺激所引起的社会性退缩也许很强(如广场恐怖症)，以至这个人便失去了大部分社会性的强化接触，于是随之便会出现抑郁症。以后的经历增强且保持了抑郁；即使是暂时的，受压抑的人会从别人那里获得同情（这是一种继发增益）。最后，由于受抑郁症患者的影响，就连那些富于同情的人也变得敌视和压抑起来（科伊恩，1976）。当他们退缩时，感觉压抑的人几乎就变得完全地与社会脱离了。

虽然行为模型在辨别抑郁症发展的过程上很有效，但也会遇到象“叙述事件”法所强调的困难一样（见第五章），二者都无法辨别人们对相似事件所做的反应的不同。

认知理论

“认知歪曲模型”：认知歪曲模型企图说明这一事实，即：相同的刺激对不同的人可以产生不同的影响。艾伦·贝克（1967）对此有详细的论述。他认为，这一模型对当代使用行为疗法的治疗者有影响，他们看不清行为主义和认知论之间始终存在的或固有的冲突。认知法在很大的程度上应归功于乔治·凯利对人格构成的研究，以及艾伯特·埃利斯（1973）。可是，早在1602年，费利克斯·普拉特把抑郁症描述为“建立在假概念基础上”时，他所表达的观点与此完

词化，容易以其所从事的活动及自我意象的消极成分为焦点，即使证据表明他们与正常的受试者一样有充分的能力来执行所给定任务（洛比兹和波斯特，1979）。

信念的替代性示范也是很重要的，而且，甚至来自父母的一般方式也有很大的影响。帕克（1979）发现，一组抑郁症患者，由于很少得到父母的照看，很少有机会进行功能技术模仿；在另一组抑郁症患者中，帕克发现，由于得到父母过分的保护，能减弱独立行为的发展和自信心。

2. “习得的失助”：习得的失助论与认知论在许多方面有相似之处，只不过是把学习理论的一些原则结合了进去。被称为“塔瓦叶斯尼”（Tawatl ye sni的音译——译者）的北美苏语印第安人（Sioux Indians of N.A.）的症状与习得的无助相象，它们共同的标志是“完全无望”的感觉和谁也无法改变正在发生的一切的意识（马赛勒，1980）。马赛勒提出了这种可能性，即：保留地上对选择生活方式的限制，可能在这种症状的发病率上起作用。

习得的无助论是以对动物的研究为基础而发展起来的（奥费米尔和赛利格曼，1967）。以前曾经历过无法躲避遭受电击的狗，当被放入有明显逃路的笼子里时，结果还是被动地忍受电击。习得的无助论认为，人也同样，当他们为减少痛苦事件所做的努力没有明显的效果时，也会得到一种无助的意识。他们领悟到，控制这些事件的努力都是无益的，最后便与有关的条件妥协，似乎他们是毫无帮助的。

在习得的无助论最初发展成关于人的抑郁症的理论时，它与认知论的一个主要区别是很明显的。习得的无助论预

言，只是人总是产生一种“缺乏控制”感；而认知论及多数临床观察者则还是强调自遣心理显然存在于大部分抑郁症患者身上。结果，艾布拉姆森，赛利格曼和蒂斯代尔（1978）在一个主要的改进公式里，把归因理论加进了原来的习得的无助论中。它的基本观点是，当人们经历了失败或者失去控制后，他们便把这归于某种原因；但是，如果他们把失败归于“坚固的”、“内在的”特征（如“我愚蠢”、“和我在一起没意思”），那么自尊和活动水平便都下降了，因此便导致抑郁症。

最近的研究证明，习得的无助论对人的行为的解释是正确的（米勒和诺曼，1979；克利和迈耶，1979，1981）。克利和迈耶在研究中发现，减轻习得的无助意识的介入，也可以减轻抑郁症。他们还发现，给人一种精通工作的意识，使他们把它看成是自身的固有的、内在的特征，可以减轻或者可能预防抑郁症。这种结果表示有一点很重要，即：父母应该通过给孩子提供足够的归于自身的成功经验，鼓励他们的精通意识。

专栏：抑郁症和习得的无助的各种特征

抑郁症	习得的无助
非反应性的	非反应性的
普遍地冷漠	一定情境下的被动
无助和无望意识	无助意识
持续性的或复发性的	随时间而减弱的
回避可以改变态度的情境	对新的情境反应上的变化

长期经验变化的反映，往往与生理上先天的因素有联系	主要由对目前经验的认识上的估价而形成的
把生活看作消极的	把生活中的强化作用看成任意与一个人的行为有关
有自杀的趋势	一般没有自杀趋势
常有无法表达的厌恶情绪	有内在的厌恶情绪，一般不是主要的成分

五、治　疗

在各方面相结合的心理学的和生物学的方法，都已证明在治疗抑郁症上很有效（肖，1977；雷德等，1978；卢因森和霍布曼，1982）。实际上，就连增加大量的身体锻炼这样简单的项目就有很大的益处（汤姆逊等，1982）。

化学疗法

治疗抑郁症的化学疗法算不上新方法，在荷马的《奥德赛》中，珀涅罗珀就用一种药物来减轻因她的丈夫长期失踪而产生的悲痛。当代的药典中有两种主要的抗抑郁症的次类药物，单氨氧化酶抑制剂和三环类药物。传统上认为，这两类药物之所以能发挥治疗效果，是由于促进了神经传导；而现代的证据表明，它们有较强的抗组胺效果，这也可能是重要的因素（科拉塔，1980）。这两类药一般需要几天到一两周才能见效，而且有必要反复调整剂量（滴定）。

已经很少有人使用单氨氧化酶抑制剂了，其原因有二：它们已被证明在治疗抑郁症上没有显著效果（费布利，

1980）；而且它们有明显的副作用，包括肝脏和心血管系统的中毒反应，以及与某些食物有不良的相互作用。

三环类药物也有明显的副作用，如头晕、心悸和胃肠反应。这些药宜用于内因性抑郁症，其效率可达60％到70％（鲍尔德萨里尼，1977；费布利，1980）。

电痉挛疗法和心理外科手术

如第四章所见，人们已发现，电痉挛疗法和心理外科手术对于治疗带有抑郁成分的障碍有效。电痉挛和心理外科手术的一些可能的形式，可以通过释放酪氨酸羟基酶来减轻抑郁，这又反过来使被假定为引起抑郁症的减少了的去甲肾上腺素水平恢复正常。对于有严重的自杀危险的病人，电痉挛治疗不如心理外科手术那样能根治病症，而比药物治疗或心理治疗更快些。然而，临床者必须考虑到，使用这些方法的代价是能引起潜在的副作用。

认知行为矫正

一种可供选择的没有药物治疗副作用的方法，就是“认知行为矫正”疗法。这种治疗抑郁症的方法，特别在细节上得到了发展（见第二章和第四章）。认知行为矫正法把认知疗法和行为主义疗法结合起来，形成各种治疗步骤，在最初一段自我评价和自我监察后，治疗具体症状（梅陈鲍姆，1977；肖，1977；卢因森和霍伯曼，1982）。

1. “任务分级法”：治疗抑郁症，最基本的客观手段是，让病人重新活跃起来。任务分级法把目标或活动分解成小目标或更小的行为定式，减少其对人的压力。例如：要求一个患有抑郁症的学生一次只读一篇课文的3页，而不让他

读全章。目的是使任务更简单些，以便病人能完成这些任务，从而获得成功的强化。随着治疗的进展，任务要逐渐加大，并且要难一些（雷德等，1978）。

2. “诱发不相容情感”：治疗者可以设法诱出（病人的）情感反应，如幽默或恼怒，因为这些与抑郁症沮丧的特性是不相容的，并设法破坏其连续性。这一步骤与使用系统脱敏法的治疗者引导病人放松的方法类似，轻松也是与焦虑不相容的。例如：随从护理可以使抑郁症病人心烦，直到他们发怒，然后通过接受的方法来强化恼怒反应（雷德等，1978）。

3. “把不愉快的活动转到愉快的活动”：抑郁症患者的活动水平，开始时相对地很低，甚至，他们无论进行什么活动似乎都不能带来多少快乐。他们每天的活动模式，往往是僵硬而又被动的行为。他们还喜欢与其他抑郁症患者结交，这是一种能在所有的相关者中增加抑郁的倾向。因为抑郁症患者消极地对待所有新的建议，所以有力的鼓励和具体的（往往是书面的）契约更有助于使他们参加更愉快的活动（卢因森和霍布曼，1982）。治疗者应该向病人强调，对任何一项具体的活动，只有在他们参加了一段时间后，才能对它作出评价。这一要求，给病人时间去参加活动，并且开始从中得到快乐。

4. “改变自我语词化”：消除消极沉默的自我语词化，如：“我无用”或“我不会做那件事”，对治疗抑郁症有很大的帮助（梅陈鲍姆，1977）。经过最初一段的自我监察后，病人会列出一个典型的消极性自我叙述表，而且，一

般也会列出第二个潜在的抵消性的积极陈述表。治疗者应指导病人在不同的时间说出这些积极的叙述，尽可能地大声。但常常是默默地，因为病人无疑会说，他们在说这些话的时候，根本就不相信它们。治疗者应该同意病人的这一说法。这样，治疗者和病人之间就形成了一种契约，在这个契约中病人无论如何得说出这些话，治疗者则尽量使病人确信重复这些话语一定是有用的。其困难是，能否使病人在治疗时间外也坚持这些新的行为，且至少每隔一段时间便进行一次。

使用普里迈克原则可以克服这一困难。普里迈克原则规定，可能性高的行为（即一个人经常表现的）可以强化并增加出现可能性低的行为（如：积极的自我叙述）。例如：可以要病人在每次开动车或开房门时说："我是个好人，而且我感觉好多了。"其他适当的叙述可与别的可能性高的行为相配合。随着病人坚持这样做，抑郁症也就减退了。

5. "意象基础法"：拉兹勒斯（1981）使用了一种有趣的系统脱敏法的变方，他称之为"常规速强化时间投射法"。他让抑郁症患者想象他们正处于未来，而且正在做以前做过的愉快的活动；然后，他要病人保持着积极的感受和对未来欢乐的想象，再回到目前的现实。这一方法与由不愉快到愉快方法相似，只不过该法要求通过控制想象而不是大量的行为来完成的。通过对愉快活动的想象与对未来的领悟相配合的方法，时间投射法便产生积极的期待，因此而产生希望。这就是抑郁症患者所明显缺乏的认知定势。

6. "改变消极观点"：向抑郁症患者关于生活的消极

观点挑战并改变它，其基本步骤一般都是使用埃利斯的理性情绪疗法，贝克的认知疗法，或者一种类似的方法。稍后，这种方法可与自信训练或其他方法结合使用，使病人重新经历适应和能力的意识。

第四节 自 杀

罗马哲学家塞尼加对理性上的自杀决定的描述说明，自杀未必是病态行为。实际上，当代存在主义者阿尔伯特·卡缪，在其有关西西弗斯神话小说的开头这样说："只有一个严肃的哲学问题，这便是自杀。"然而，许多被诊断为患有抑郁症的人比患有其他病症的人更有可能自杀（卢因森和霍布曼，1982），特别是当他们有些冲动时。

对大多数生长在基督教文化传统中的人来说，自杀是一个宗教的而不是哲学的问题。无论《旧约》还是《新约》都禁止自杀。早期的宗教领袖把自杀说成是罪恶，企图阻止那些信徒的狂热，因为他们的殉难伴有一种自杀的嗜好。693年，托莱多内阁宣布：蓄意自杀者将被逐出教会（施奈德曼，1979）。基督教传统把自杀看成不名誉的罪恶和犯罪，但这一意识似乎越来越淡漠了。实际上，现在已有各种宗教团体发表小册子，宣传怎样有效地而又无痛苦地自杀。

在一些西方国家，仍有对自杀进行法律制裁的现象，这就是宗教传统的反映。迟至1961年，在英国自杀仍被定为犯罪，在那里自杀未遂者将被绞死。这种惩罚代替了对企图自杀者施以炮烙的火柱刑。

一、自杀率

据报导，美国每年有大约25000人自杀，而且还有证据表明，以前十万分之十到十二的比率现在有上升的趋势。包括瑞士和瑞典在内的少数欧洲国家所报导的比率是：十万分之十八到二十五。传统的看法是，非西方国家的自杀率低些。据报告，泰国和乌干达各地区的比率分别为十万分之三点五到七。可是，西太平洋地区的曼度雷、印度和梯卡皮亚各地的比率竟高达十万分之三十四到三十七（希尼和苏，1980）。

在美国，15至18岁的白人男性青年中，自杀（十万分之八十八）是仅次于事故（十万分之六百二十七）的死亡原因，但死亡率却比事故低得多。企图自杀的女性大约是男性的3倍，但实际自杀则男性是女性的3倍(施内德曼，1979)。在一个有趣的跨文化比较中，德国实际自杀比企图自杀的比率高，而日本则低（马赛勒，1980）。

可是，这些统计数字比实际自杀率要低。因为自杀有罪恶和犯罪的臭名声，所以验尸官和警察都不愿把死因说成是自杀。甚至有许多自杀的人都尽量把死因弄得看上去是事故造成的，以便让活着的亲人不担污名，保持生存信念。多数专家认为，自杀的实际比率是官方数字的2到10倍。

专栏：跨文化变态

剖腹自杀：日本仪式化的自杀

尽管当今日本的大多数自杀方式是服大量的药物，但剖腹自杀或切腹自杀的传统，在日本人的意识中还是很强的（佛斯，1980）。剖

腹自杀是用刀或剑切开肚腹。当一个人在剖腹自杀而又不能忍受更多的痛苦时，则往往向一个比他或她声誉更高的剑客发出信号，让这个剑客把他或她的头砍掉。谁忍受痛苦越久，声誉就越高。

第一次有记录的剖腹自杀是在公元716年，直到1874年才从官方的死刑条款中取消。原来，在受审前自愿剖腹自杀，被认为比在受审后被以别的方式处死名誉些。尽管法律废除了这一条，但在老人和军队中的爱国主义者中，还继续存在着这种做法。最近，著名作家恭雄三岛就以剖腹自杀来抗议他所认为的西方文化给日本文化所造成的涣散（佛斯，1980）。

佛斯说，剖腹自杀是一种“利他主义”的自杀形式，由于这些人以其社会角色和爱国主义的名誉而牺牲自己。他认为这种做法，既受了教人超于生死之外的禅宗佛教哲学的影响，也受了武士道道德规范的影响。在选择剖腹自杀来结束自己的生命这一点上，武士强调自己是命运的主宰，以此来战胜命运和自然的狂想。选择这种自杀方式还受另一个因素的影响，即，日本人对生与死的哲学观念。这种观念认为，受到命运的嘲弄或是病死，都没有审美价值。剖腹自杀包括：①选定何时，②精心地和理性地计划，③死得其所。

二、真自杀与伪自杀

临床者发现真自杀与伪自杀有明显的区别（纽林格，1979）。真自杀者真正想死，只有运气或失算才能阻止他们。伪自杀者并不真想死；他们的行为是有意地对付别人。

据我们所掌握的第一手资料，后一类型有一个例子，他是个小学生的父亲。这个人每隔一段时间就爬到当地的水塔顶上，威胁说要往下跳。城里的人和他的妻子（尽管她很忙，一得到信儿）就赶到现场。他总是大声责骂妻子，她也

总是不安，他们又总是泪眼汪汪地讲和，他也总是下来（围观者才松口气儿）。他们的情况表面上看来安静一年左右，接着他又爬上塔去。

监狱卫生室的档案中有几个例子表明，真伪自杀的结果是连续统一的。费雷德告诉他的同牢房的人，他想自杀。这个人就向护士长报告了。对质时，弗雷德说，他的生命给周围每个人都带来痛苦，他没有希望获得幸福的前景。显然，他在考虑自杀，立即被关进了一个控制牢房，这个房里只有一只很小的柜和一个嵌进水泥地上的马桶。吃饭时也有人看，以免他用餐具自杀，穿的衣服也是很容易脱的。

那天夜晚他死了，他是把衣服撕成细条，搓成一个环，挂在小柜的一个钩子上，挤进小柜里，双腿叠在身后，身体前倾吊死的。弗雷德的死显然是真性自杀。

该监狱另一个犯人道格，他喜欢吹虚，也喜欢得到别人的注意，就象前一次那样在手腕上割个口子，表现轻微的自杀企图，引起别人的注意。这次他想一箭双雕。他以为可以把香烟中得来的刺激弄得大些，就把几支烟的烟油煮出来并

及止住流血，他的妻子就企图用刀杀死他。

专栏：关于自杀的谬论与事实

关于自杀，存在有大量的错误看法，下表所列条目来源甚多，但主要参考了埃德温·施奈德曼和诺曼·费伯这两位名人对自杀的不断的研究。

谬论	事实
1. 自杀没有警兆。	1. 自杀者给出很多迹象，80%的都在某种程度上与别人谈论过自杀。
2. 人一旦决定自杀便永存此念。	2. 自杀者在有限的时间内存有此念，这是克制力的作用。
3. 过分贫穷或富有的人中没有自杀现象。	3. 无论贫富都存在自杀现象。
4. 实质上，所有自杀者都患有精神病。	4. 正如已注意到的，并非如此。
5. 自杀在一些家庭中有遗传或蔓延。	5. 自杀没有直接的遗传因素的证据。
6. 原始文化中没有自杀现象。	6. 几乎所有的社会和文化都有自杀现象。
7. 仪式性自杀在日本很普遍。	7. 仪式性自杀在当代日本已罕见，最普遍的方法是服用过量的巴比妥类药物。
8. 在瑞典，自杀率高是由于社会福利的水平高。	8. 在瑞典、高水平的社会福利出现以前，自杀率与1970年同样高。
9. 作家和艺术家的自杀率	9. 医生和警察的自杀率最高，

最高，因为他们“最疯狂”。	因为他们手中有致命的工具，且其工作易受挫折。
10．一旦抑郁症恢复自杀危险也不存在了。	10．从深度的抑郁症中刚刚恢复时，自杀危险最大。
11．企图自杀者完全想死。	11．企图自杀者的动机不同。

三、预 测

自弗洛伊德以来，精神分析学家把大部分自杀者看成典型的抑郁症患者，即：看成已转向自身的攻击性很高的人（梅尼格，1938）。弗洛伊德的死亡本能这个概念已被人援引，但关于为何一个人比另一个人有更强的死亡本能，它没能给人满意的解答。就单个或几个人格类型的差异来说，企图自杀的人不同，使得预测也不大可能。似乎把注意集中于与自杀率高有联系的因素更有用些。

埃米尔·迪尔凯姆（1951）首先强调，社会因素与自杀有关。他假定社会经历迅速的变化，一定的亚群体失去内聚性，成员们感觉到疏远（如：大萧条时期的证券经纪人）而变得受压抑，就很容易自杀。如下面专栏所示，他的关于自杀的类型，至今仍然还有影响（无目的性的——在无标准条件下；利己主义的——缺少群体纽带；利他主义的——有理由的自杀）。事实证明了迪尔凯姆的想法，虽然他的理论没有说明，为什么亚群体中的一个人自杀而别的不，为什么亚群体中的人并没经历多大的变化却要自杀。

即使在一个相对很小的地理区域中，关于什么促发了自杀企图，显然也有跨文化上的不同。例如：在瑞典，大部分

自杀的人认为自己是失败者，不能实现父母和同辈人的过高的期望；相反，挪威人却爱因正常的冲突而自杀；丹麦人则因失去依赖关系而自杀。在这三个斯堪的纳维亚国家中，挪威的自杀率最低，也许反映了那里不重视竞争和抚养孩子的方法所造成的内疚（萨龙亚，1980）。

专栏：自杀类型

1. 现实主义的：在一些条件下，如肯定要死，为免遭死前的巨大痛苦而促使的自杀。

2. 利他主义的：这种人的行为屈从于一个群体的伦理观念，这个观念要求或至少赞成自杀，如二次世界大战时（日本的）"神风敢死队"。

3. 出于无心的：这种人做出要自杀的"姿态"，以期影响或者对付别人，但由于判断失误而导致丧命。

4. 泄愤的：象出于无心的自杀一样，其目的也是对付别人，但却是真正的蓄意自杀，认为别人会对他的死感到很内疚。

5. 希奇古怪的：这种人自杀是由于幻觉（如：听到要求自杀的命令）或者幻想（如：相信自杀可以改变世界）。

1. 无目的性的：经济的或社会的突然不稳定（如：大萧条时期的经济破产）明显地改变了一个人的生活条件，由于这个人无法应付，便自杀了事。

7. 否定自身的：长期的抑郁和长期失败的意识或者机能不全的意识相结合，产生了反复的自杀念头，最终导致丧身。

历史证明，在预测自杀的潜势上，心理测验和精神分析谈话是无济于事的。可是，近来已经表明，更复杂的分析可以增加心理测验材料的预测效果（埃克斯纳，1978）。经过设计和试验的有效的谈话法，多少改进了标准谈话法的预测效力（贝克等，1979）。别的有关材料也有用，如自杀笔记的内容和情感（见专栏）。施奈德曼和法伯罗（施奈德曼和法伯罗，1957；施奈德曼，1979）发现，真自杀者所写的笔记是具体的，而且是就事论事的事实；可是，伪自杀者所写的是感情的和浮夸的，而且人们则往往把这种笔记看作真正的意图。

在成人中，有许多基本行为线索似乎表现了个人事先安排了成功的自杀企图。

1．以前的自杀企图：在这里，心理学的第一个公理便是："行为预示行为。"第二个公理是："没有介入的行为预示行为。"

2．有重要的正面形象促成的自杀企图，该形象可能是父母或者英雄人物。

3．与一个好胜的或自我专注的爱人相处，感到失败。

4．早期家庭不稳定，父母不承认一个人的身分。

可以加强潜势的几种因素：

1．容易得到致命的工具：如大量药物是医生自杀的主要形式（皮兹等，1979）。

2．缺少容易得到的支援系统（如家庭成员和好友）。

3．不可挽回的损失所造成的生活压力（无论丧失地位或亲人），如：喜爱的父母一方最近死亡。如果这个人把哀

痛埋在心里，这个因素很重要。

4. 严重的失眠而且大量饮酒或服药。

5. 抑郁症，特别当与绝望感、或对过去和现在失去了连续性意识结合时（李斯特尔，贝克和米歇尔，1979）。

专栏：自杀笔记举例

真自杀与伪自杀

例A：“一个真自杀笔记”。这个笔记表明，此人已离开了世界，只写一些实际细节。

亲爱的弗兰（她女儿）：

请原谅，我知道这会使你不安，但我简直不想再活下去了。这不是痛苦，我对什么再都没兴趣了。我欠鲍勃1,000,00美元，但没借据。他下周从华盛顿回来时，如果你能替我偿还，我会很感激。此外，房子卖掉前，“套间”墙脚处有个大裂缝要补一补。我的东西都在那里。我爱你并祝你一切顺利。我的遗嘱在律师埃德·莫诺汉手里，上面写明了一切。

爱你的：妈妈

例B：“一个伪自杀笔记”。此人的自杀姿态并不太严重。他仍与外界紧密联系，只是为了重新获得对这种关系的控制，才做出自杀的姿态。

亲爱的奥得丽（他的女朋友）：

我知道人们会说，他们不明白为什么我要自杀——我要做的事太多了，应该活下去。但自从我们分手以来，我十分怀念你。起初我想狠一狠心把它忘掉，结果我却终日痛哭，更可怕的是，现在我又开始酗酒了。

我知道，你觉得你现在得找回你自己，我也希望如此。我想，只要我们能重新生活在一起，一切都会好的，然后就结婚。我很高兴你不想再干多伦多那个工作了。那会使我们的和好变得更难。我很抱歉曾多次发脾气，但我认为，只要我能肯定咱们之间的关系，再也不会有那种事了。我多么地爱你呵！我将永远想念你！

永远爱你的，比尔

四、预 防

预防自杀的方法，在社会水平和个人水平上都有所发展，但实施起来并非总是那么容易。下面是电视剧《玛丽·哈特曼》中的一段对话，它表现了大多数人对潜在的自杀问题做出具体反应时所遇到的困难。

希瑟（玛丽12岁的女儿）：我活着没用。

玛丽：当然有。

希瑟：什么用呢？

玛丽：嗯……等等就明白。

社会预防

在社会水平上，可以采取几项措施降低自杀率。教育公众有关自杀的传说和事实，是重要的第一步。第二，虽然有个调查报告说，自杀预防中心成立以后，某些地区的自杀率上升了（汉可夫和爱因希德勒，1979）；但事实证明，自杀预防电话热线和中心，可稍微降低自杀率。最低限度，自杀预防热线已成了一般团体的信息线；一些打来电话的人只是有自杀的想法，稍后才有实际的要求，如：打电话说丢了支票的人。于是许多城市的危机中心，当发现这种组织满足不

了需要时，就应运而发展成了自杀预防中心。

预防自杀的第三步是，限制谈论自杀的出版物（媒介）。菲利浦斯（1974）指出，某地自杀率的上升与下降与宣传自杀的报刊的发行数量有关。对于报纸和电视来说，这种强加于己的限制是个头疼的道德问题，尤其是报导类似的暴力事件，可以增加对外的直接暴力（谋杀，强奸）的比率（鲁宾斯坦，1981）。平衡言论自由与公众获得信息的权力，必须负责不增加对自身和他人直接的暴力，这给出版媒介的决策者提出了一个进退两难的问题，一个很少有人正视的问题。

个人预防

个人预防可以采取的措施：

1. 严肃对待那些说想要自杀的人，或那些想要长眠不醒，忘掉一切的人。

2. 特别注意那些说失去希望，感受压抑的人。

3. 尽可能不让想自杀的人接触致命的工具（枪，大量镇静药）。

4. 关心想自杀的人，自杀企图往往是渴望帮助。

5. 尽量让想自杀的人做如下事项：①参加体育锻炼；②写日记；③办事有规律；④做力所能及的事情；⑤向别人倾吐隐私；⑥把它大声说出来。尽量不要让他乱服药，避免与有抑郁倾向的人接触。

6. 尽力保证让想自杀的人得到专家的帮助，订约会是很好的第一步，让他参加约会是至关重要的。

本章和前两章所讨论的主要问题是：含有希奇古怪成

分、与现实脱节、有内部心理冲突或压力的障碍。以下三章将讨论的主要问题是：往往包括“无意识的公开行为”在内的障碍。“无意识行为”指的是这样的行为，即：与社会标准相矛盾的行为。这些障碍是：性偏差，药物滥用模式以及人格障碍和冲动障碍。

本 章 要 点

1．抑郁症和躁狂症是情感障碍的两种极端的表现。DSM-Ⅲ的分类中，把躁狂症归于双相性障碍，它也不承认躁狂症的出现没有一些抑郁症的迹象。

2．躁狂症的3个主要症状是：过多的运动行为，不稳定的欣快或易怒情绪，和观念迅转。

3．大部分理论家认为，躁狂症基本上是一种生物基础上的病症。他们的主张之最重要的一条证据是：锂治疗有普遍的效果。

4．抑郁症是流传最广的情感障碍，常由一种或多种基本症状表现：①烦躁不安或淡漠的情绪；②不关心以前的重要的人或事；③长期体验不到快乐。

5．比起男性来，有更多的女性反映说患有而且很可能经历过抑郁症。传统的性别作用，社会强化及男性在诊断角色中占优势，这些都可能是致病的因素。

6．内因性抑郁症的明显标志是：迟缓的反应模式，早晨睡眠不安稳，情绪问题，及没有食欲而明显的消瘦。伴有躁狂成分的抑郁症之明显标志往往是：①精神运动迟钝而不是激动；②睡眠过多而不是失眠。

7. 关于抑郁症的生理学上的解释中，儿茶酚胺理论得到了大力的支持，尽管现在的证据表明组胺障碍可能很重要。药物治疗的常用药是：单胺氧化酶抑制剂和三环类药物。

8. 解释抑郁症的心理学理论中，认知歪曲和习得的无助论，近来越来越为人重视。其治疗方法企图使抑郁症患者再恢复到活跃角色，并增加积极的自我谈论和用于愉快活动的大量时间。

9. 自杀中的人格模式差异和外界因素，及有关自杀的不断的传说，使预防努力在个人水平和社会水平上都变得很重要。

第十一章　性变异：机能失调与障碍

本章所描述的变异是指那些传统上被称之为越轨的并因此很可能含有一个法律问题的变异。然而，变异是一个比越轨更恰当的词。在这种广泛的可能性行为中，有些行为方式在某些情况下可以被接受，而在另一些情况下这种行为对于观察者看来常常是越轨的。但是对于行为者来说却不是越轨的。本章的另一些主要论题是性障碍和性机能失调的型式。我们将在第十七章讨论为成人的冲突和需要所特有的性障碍的其他方面。因为强奸与其说是一种性欲犯罪倒不如说是一种侵犯性犯罪，所以我们将在第十三章讨论它。

性行为的多样性不仅在个人之间是常见的，而且在不同的文化中也是常见的。在一项界标研究中，克莱伦·福特和弗克兰·比奇（1950）在各种文化中注意到这样广泛的性行为变异，而且没有任何一个社会可能会认为这种变异真正表现的是规范的人类性行为。有些群体虽然鼓励自己孩子的性探险但却对成人施加了严格的限制。有些群体约束女子的性行为而同时却宽恕男子的变异；另一些群体却恰恰相反。有些社会遵循着它们规定的性习俗；而另一些社会却不是如此。因此，只有行为变异才是规律。

第一节 历史的考察

犹大·基督教传统对我们社会中各方面的思想和行为都产生过影响，也包括对性行为。在耶稣基督降生之前很久，尽管犹太人制定了一个禁止某些象寺院卖淫这类活动的简单法则，但是他们并不太关心偏差而且仅仅是阻止过度的性行为。不过从大约公元前600年到公元65年，性行为已成为人们普遍关心的问题了。性活动被认为是一种邪恶诱惑的形式。而且那些屈服于性冲动的人都被认为是软弱不道德的。后来尽管犹太法律又变得更随意了，但是基督教却已经体现了这些旧观点（布洛，1976）。

在这种新宗教中继续存在一些重要的主题。快乐被认为是生殖性活动的一个从属的副产品。即使不生育和婚姻失败近似于邪恶者或至少成为社会不赞同的原因，生殖本身也受到鼓励。手淫、同性恋、卖淫以及任何一般的偏离婚姻期间标准交往的越轨行为都明确地被禁止。

我们今天更随意的文化在精神上更有点儿接近古希腊的文化，因为古希腊文化的影响尽管到耶稣基督时代衰落了，但是后来在中世纪又复兴了。对于性别美和快乐的欣赏在希腊人的文化理想中明显出现了。这个国家很少控制性表现，这样它便以种种形式兴旺起来。同性恋广泛存在，鸡奸也是公认的，而且裸体画在公共场所屡见不鲜。据说宙斯（希腊神话中的主角）就曾同凡人和流芳百世者，男人和女人有过许多强烈的私通事件（科索维奇，1978）。

在整个西方社会的发展过程中，这两种主要文化影响所产生的矛盾心理已经在今天的子群体和个人中导致了许多有趣的处事模式(博斯韦尔，1980)。有一个持续存在的犹大·基督概念是指承认和直接表现性冲动是错误的。反映这个概念的5种主要模式遍及在本章所讨论的一些传统的偏差障碍中。

1. 降低性刺激的价值。在这种文化中，男子统治论的明显态度的一个必然后果就是普遍的厌女症，或称作讨厌女人。厌女症患者的主要处事策略是使自己相信女人是讨厌的，以便减少女人的性吸引力。这种倾向早在公元4世纪就在圣约翰·克里索斯汤姆给他的一个刚陷入情网的朋友的一封必然不受欢迎的劝告信中就表现出来了：“她身体美的基本成分是粘液、血液、黄胆汁和黑胆汁以及咀嚼过食物的液体。”在6世纪罗马哲学家鲍依修斯发表了一种类似的意见：“女人是建立在阴沟上的神殿。”歪曲的性别模式自然是由这样的信念产生的。

2. 使这种机制不起作用。某些早期的基督教徒从字面上来理解基督的这样的一句话，即“有这样一些人阉人，他们曾为了天国而使自己成为阉人”。因此，尽管教堂最终禁止自我阉割，但是有一段时间自我阉割却成为一种圣洁的标志。性欲节制的临时措施包括冷水浴和长期的锻炼（以及把硝酸钾放入马铃薯泥中）。自我切去性器官偶然仍有出现，这种现象通常发生在精神病妄想过程中。

3. 突然停止。因缺乏情欲高潮而中止性交或在没有实际性交的情况下进行抚弄在许多副文化中都成为可接受的，甚至是令人钦佩的。在某些中世纪的法庭上，amorpurus，

或叫做长期但又未完成的预先玩弄被认为比正常的性交更好。（尽管他也有一个妻子和几个情妇）丹特对比阿特丽斯十足的、久远的而且是终生的崇拜又是一个例子。纽约州的奥尼达社区颁布了一个容许成人相互自由性接近的“复合婚姻”制度。然而，为了妥善处理出生控制的明显问题，如果该社区不批准父亲要孩子，那么男子就不允许在女子体内射精。这种习惯做法叫做男性节欲。

4. 避免性生活。在手淫幻想中常常产生许多为性交和不正当的性关系所进行的准备活动。尽管现代的专家多数认为手淫既无害又很普遍，但是关于性生活的神话却提出了种种可怕的影响，它们涉及从座疮到脑瘤。圣托马斯·阿奎那斯把手淫看成是邪恶的而不是看成私通。手淫导致其他变异的断定具有某种真理性：因为手淫幻想确实影响了性冲动的强度和目标（迈耶和弗里曼，1977）。然而，人们还可能利用这样的幻想把自己带回到传统上更易接受的模式中。关键的因素在于这种幻想的内容。

5. 把性感同痛苦结合起来。很显然，许多人都相信在发生性关系过程中经受痛苦就以某种方式使伴随着出现的快乐更合意。形成这种信念的最终处事方式是性虐待狂和色情受虐狂。

第二节 性机能失调

在多数社会中我们都可以在某种程度上发现对性机能失调的担忧。韦尔奇和卡塔斯（1978）研究了许多社会中性心

理机能失调的发病率并发现社会对性欲的限制程度越高，性机能失调的发病率就越高。当一个限制性社会刚刚开始向一种更自由的制度转变时，这种发病率就更高，1912年弗洛伊德在这个问题上所说的话仍然适用："如果一个正在实践的精神分析学家自问人们最常因什么障碍来找他帮助的话，那么他必定要——不顾许多焦虑形式——回答说是由于身体虚弱。"（斯特雷奇，1930，P，179）。只有30%的性机能失调患者被认为仅仅是由于身体原因（例如，下部脊髓上的一个肿瘤）引起的。

一、男子性心理唤起机能失调

在男子身上，性心理唤起机能失调（PAD-M）指的是不能长时间地保持勃起到足以获得或提供性满足或达到情欲高潮（常用的阳萎这个词是不准确的，因为它常常含有一种普遍的人格不适应的意思，正如性感缺失不恰当地标示女子机能障碍一样——注意这两个词与传统的角色期望相反，即男子的力量，女子的多情）。我们的DAI-M这个称号包括DSM-Ⅲ中的这样两个类型，即被抑制的性感兴奋和被抑制的男性情欲高潮。前者是指不能保持勃起，后者是指一旦勃起就成问题地延迟或缺乏情欲高潮。这两个症状常常在同一个人身上被观察到，而且它们的病原学和治疗从根本上来说是完全相同的。因为马斯特斯和约翰逊（1970）在有25%的性交尝试失败的条件下，就把这种机能障碍诊断为一种临床问题，所以这个临床上给行为起名称的标准显然可能是很武断的。

发生率

据估计，所有的男子有一半以上偶尔都经历过一些短暂的性心理唤起机能失调，而且同人生的历程或社会经济状况似乎没有任何相互联系。阿德（1977）研究了161对经历过一种单一的、长期的（20多年）而且令人满意的婚姻的夫妻。这些男子的平均年龄47岁，而且有36%的人都报告说曾在某个时间经历过性心理唤起机能失调（阿德还发现令人满意的性欲对于婚姻的幸福并不重要，即使许多夫妻的性关系很好，但是他们的婚姻也是不令人满意的）。尽管性心理唤起机能失调随年龄增加的部分原因可能在于期望，但是它与那些代表老化特征的生理变化也是有关的（西尔尼，1980）。即使如此，据估计10个男子中有8个可以把产生勃起和情欲高潮的能力保持到70岁。

病原学

据估计，心理因素或是单独或是与身体原因一起是70%的性机能失调患者发病的原因。虽然患有严重多尿症的人们常常经历性心理唤起机能失调，但是起关键作用的是期望还是循环系统还不确定。诸如普遍压力和疲劳这样的身体因素能够起作用，特别是同严重的酗酒结合在一起时能够起作用。后者对男子性欲唤起的破坏程度比对女子更大（辛德和卡拉坎，1981）。

通常把在生物学上引起的机能失调同男子性心理唤起机能失调区别开来的一个因素是夜间阴茎肿胀（NPT），或睡眠期间阴茎的勃起。多数男子一夜都经历几次夜间阴茎肿胀，正如女子睡眠显露出阴蒂唤起一样。男子经历性心理唤

起通常不表现出任何夜间阴茎肿胀减少的机能失调，而那些具有以生物学为基础的机能障碍的人却很少有或者根本没有夜间阴茎肿胀的情况（费希尔等，1979）。因为人们常常很难发现有谁自愿整夜不睡觉来监视，所以许多临诊者仅仅让患者连续几个夜晚在睡觉前把一个邮票似的纸条包在阴茎上。如果包扎皮每天早上都破了，那么它就表示夜间阴茎肿胀过。

多数专家(马斯特斯和约翰逊，1970；雅各布斯，1977)都赞成男子性心理唤起机能失调的主要中间变量是行为焦虑，因为处于这种焦虑时，对行为的一些不现实的期望就引起为不能达到这些标准而担忧。于是就产生了一种"做旁观者"的态度，因为这样当事人就脱离了性行为的自然流动或过程而集中在后果上（马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。

为了解释行为焦虑的起因，各种理论都已经发展起来了。当然，现代西方强调永恒快乐重要性的价值体系可能会使人们担忧自己将会得到的太少了或将被遗漏。弗洛伊德的理论坚决主张由奥迪帕尔冲突引起的阉割焦虑（通常发生在生命的第三到第五年）依次就引起了对性行为的担忧（斯特雷奇，1930）。尽管人们已经写过许多有关阉割焦虑的作品，但是证实这种看法的实际经验材料却很少存在。韦尔什和卡塔布（1979）的可靠证据指出外部因素是更可信的原因。确实，在有些夫妻中，一方（或男方或女方）由于苛求，降低身分以及难以满足或由于很少表现出对另一方需要的真实关心可能扮演一种象征性的阉割角色。对这种象征性阉割的知觉可能是准确的或可能只反映机能失调那一方歪曲

的信仰体系（马斯特斯、约翰逊和科洛迪，1982）。在两种情况下，这样一种情境下的性关系就产生了恐惧和行为焦虑，在下面威尔的个案中，这些因素都能够通过与其他因素相互作用来建立一个失败，自我责备，增强的焦虑，回避行为以及反复失败的周期。

威尔个案

25岁的威尔在经历了勃起机能失调之后，自己去找一个治疗者治疗了15个月，在此之前，他的性行为一直都很适当。问题最初发生在一个他在晚会上酗过酒之后的深夜。他的女朋友请他送自己回家，在她家里他们很快就热烈地亲昵起来。正如他所说的那样，“他确实兴奋起来——她非常想性交，而就是没有发生”。威尔还提到她明显地很失望。由于他丢了脸，所以他直到1个月后才试着同另一个女人性交。他承认当时很焦虑，而且他的阴茎只短暂地勃起过一次。当他后1个月又进行两次不成功的努力后，威尔便放弃了所有的性生活，直到他自己来找治疗者帮助为止。在这15个月中，他通过手淫毫不费劲地就使阴茎勃起并达到了情欲高潮。

威尔的个案表现了一个典型的性心理唤起机能失调的发展周期。他的疲劳和酗酒无疑妨碍了阴茎的勃起，而且他配偶的明显要求和所表现的失望进一步削弱了他的自尊心，即使他后来的性交配偶是赞许的而且能谅解的，而这种行为焦虑模式已经被建立了。

治　疗

种种化学的，身体的和心理的疗法都曾用来治疗过男子

性心理唤起机能失调障碍。古代文化就运用了大量的草本植物和药物。虽然数世纪来人参一直是中国人最喜欢的草本植物而且在西方国家也得到了普遍的认可，但是它的有效性还必须从经验上加以证明。还有些人支持使用bromocryptine这种药。此外虽然睾丸激素衍生物在患者缺乏这种激素的条件下是有益的，但是辅助的心理治疗通常也是需要的。就多数男子性心理唤起机能失调患者而言，问题并不在于缺乏激素。

尽管有些修复装置已经被用来治疗男子性机能失调了，但是这些装置通常被认为只对于一些含有严重身体因素的患者是可取的。由硅酮海绵状物制成的假阴茎通过外科手术被移植在阴茎海绵体上，这是阴茎勃起过程中通常充血的两个部位。这种装置有3个主要问题。第一，它造成了永久的勃起，这就可能会使人不舒服而且很为难。第二，尽管这样能够进行性交，但并非总是出现情欲高潮。第三，永恒的勃起，使许多泌尿学诊断程序变得困难或者不可能。

应用流体力学方法完成的是另一类修补物。压缩一个被移植在阴囊或腹部的橡皮球就使阴茎海绵体上液囊膨胀。再压缩一下那个橡皮球就使勃起的阴茎软下去。尽管这个装置避免了许多硅酮修补物的问题，但是它却很昂贵，而且还存在着一些对于任何被移植的机械装置都可能出现的潜在问题（故障、传染或组织排泄物）。

对男子性心理唤起机能失调的大多数心理治疗都是以马斯特斯和约翰逊的研究(1970)为根据的。这些方法的一个共同目标就是使患者集中在体验快乐的过程中而不是集中在达

到情欲高潮上。通过这样，该患者就开始放弃为那些忧虑地注意着即将来临的情欲高潮迹象的人所特有的被动的旁观者角色。在最初的几个疗程中，“患者”这个称号共同适用于那个受帮助的人及其配偶。按照一种类似于诡控制疗法（见第四章）的方法，这对男女应该被教育去避免情欲高潮。相反他（她）们却以一种叫做感觉集中的方法受教育，因为这种方法可以让人们注意快乐，促进唤起性心理并有助于避免焦虑（马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。这种方法与性教育和夫妇疗法一起治愈了大约80%的患者。对于具体的恐惧症（例如恐惧阴道气味）来说，治疗还可能包括系统脱敏法。有些迹象表明对这个普通方法不起反应的男子都倾向于是强迫的和自恋的，他们而且倾向于对女人怀有强烈的敌意（雅各布斯，1977）。在马斯特斯和约翰逊的方法能够有帮助之前，这些因素可能需要个别的心理治疗或其他的治疗方法。

马斯特斯和约翰逊方法所存在的一个问题是它要求该患者有一个配偶。尽管有些国家允许使用性生活代理人，但是多数国家把这种现象定义为一种卖淫形式。此外，通过一个代理人来进行治疗并不象利用一个已经同该患者有过性关系而且在治疗完成后通常将成为该患者主要配偶的人来进行治疗那样有效（阿普费尔鲍姆，1977）。

二、女子性心理唤起机能失调

我们的女子性心理唤起机能失调（PAD-F）标示的是这样两个主要的DSM-Ⅲ类型，即被抑制的性感兴奋和被抑制

的女性情欲高潮。被抑制的性感觉存了常常不检出地而使性

的阴蒂刺激是必要的（马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。在一些真正的女子性心理唤起机能失调患者身上，还可能存在着另外一些并发症。象以下这样的现象，如对男子未加分析的愤怒，无意识地相信性交是不道德的或肮脏的、消极地体验性交以及有关其中产生性欲的特定关系的矛盾心理等等都能对性心理唤起机能失调产生作用。具有这样一些感觉的患者通常需要适度地进行广泛的治疗。治疗者至少需要检查并解决这些冲突，纠正误传，然后还要制定一个产生情欲高潮反应的具体方案。

治 疗

在女子身上产生情欲高潮反应的方案类似于在男子身上所使用的方案。多数治疗者都仿效马斯特斯和约翰逊（1970）让患者夫妇采取感觉集中的策略，因为这种策略强调的是非情欲高潮的享乐。当患者有规律地达到一种性欲唤起状态时，就允许无要求的性交。然而却没有任何人去努力地达到情欲高潮——因为人们都把重点放在允许它发生上。

对被抑制的性感兴奋的治疗通常还包括与阴茎穿入和刺激的幻想相联系的手淫习惯，后来又由用假阴茎穿入和刺激来补充。起初，在性欲唤起的时候男性配偶尽管不参与但却在场；后来他便参与进去，先拿着假阴茎，然后进行性交。因此，通过条件作用，唤起的涵义就从手指刺激传到假阴茎，然后再传给配偶（罗森和蔡斯，1977）。这个方法非常符合一些普通的性偏爱发展理论（迈耶和弗里曼，1977），而且又提高了那种已经用马斯特斯和约翰逊（1970）方法获得的大约70%的已经很高的治愈率。

对于处理种种使女子性心理唤起机能失调永久存在的普遍信念和冲突可能是必不可少的，同时系统脱敏法也能够治疗有关的具体恐惧症。催眠疗法曾偶然被成功地用来探测并揭示种种障碍情欲高潮反应的由来已久的冲突（威杰辛赫，1977）。多数女子性心理唤起机能失调患者还需要大大增强她们明确并且更加公开自己性感的能力。

由于耻骨尾骨肌位于骨盆部，所以它与一个女子对情欲高潮的控制相联系。因为这块肌肉在非情欲高潮的女子身上更软弱，所以加强这块肌肉的锻炼可以成为一种附属的治疗方法（索泰尔和基尔曼，1977）。在一套体操中，该女子通过表现得好象她在努力地尽量不小便来收缩自己的肌肉。在有些情况下，阴道周围肌力计——即一种圆柱膈膜常常被用来训练和锻炼耻骨尾骨肌。

三、被抑制的性欲

这个新的DSM-Ⅲ类型指的是缺乏引起性接触的欲望。这种障碍常常反映的是夫妻关系持续的冲突。对于一些没有这个问题的患者来说，尽管总的长期成功率不高，但是标准的性欲再训练程序却能够有帮助。

四、过早射精

过早射精是指不能控制射精反射，结果是，一旦这个人唤起了性欲，他就很快而且是在他或她所希望的时间之前达到了性欲高潮。马斯特斯和约翰逊虽然承认“很快”的含义是随着个人的判断变化的，但是如果过早射精有一半时间出

现在配偶之前的话，那么他们就把过早的射精定义为一个临床问题。不同于男子，由于女子不经历任何接着出现的自己不能进行性交的不起反应期，所以过早射精通常被认为只是男子身上的一个问题。

病原学

虽然过早的射精在各个年龄段和社会经济等级都出现，但是在青年男子身上更常见。莱文（1979）报告说，在被抽样的幸福的已婚男子中有36%都报告偶然有过过早射精的经历。在过早射精与关于性欲和其他普通的心理病理学形式的由来已久的冲突之间不存在任何牢固的相互联系。尽管诸如前列腺炎或脊髓瘤这样的身体症状能够引起这种障碍，但是身体原因却是很少的。有两个主要的模型说明了几乎所有过早射精的患者的病因，这两个模型被称之为基本模型和次属模型。

基本过早射精是一种更常见的模型，它指的是自该患者第一次试图性交以来一直存在的一种情况。其明显的原因在于开始不能学会控制（马斯特斯等，1982），它常常还由于缺乏性生活经验，害怕亲昵行为而且还典型地由于高度的焦虑而引起的。焦虑同性欲的高度唤起和缺乏经验相互作用就导致了迅速射精。

次属过早射精的病症通常是由于配偶之间总体关系的恶化引起的，后来由于刚提到的一种或更多的因素而使之更严重，这类患者以前曾有过正常的性生活。当一些悬而未决的人际关系冲突发展起来时，这种过早的射精就常常是拒绝和敌意的间接表现。

治　疗

对基本的过早射精模型的治疗通常一开始就增加手淫或性交本身的频率来减少性欲的高度唤起。治疗次属过早射精模型的第一步是澄清并解决一些成问题的关系。当这些方面成功之后，治疗就可以继续到采用一些促进射精控制的具体方法。人们已经发现下列步骤对于将近100％的基本过早射精患者都是有效的，而且当这种关系中的冲突被解决时这些步骤对次属过早射精患者也是有效的（索泰尔和基尔曼，1977；莱文，1979；马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。这些步骤通常只需要几个疗程，而且不存在任何严重复发的迹象。

与感觉集中的总治疗方法一致，患者应该：

1．在任何性生活期间把注意力完全集中在身体感觉上。

2．允许他的配偶在不尝试性交的情况下逐渐增加阴茎的刺激量。接着，更为这个问题所特有的步骤是：

3．如果他正在接近性欲高潮，那么就告诉自己的配偶；她于是就停止刺激并使用"压缩法"（即迅速适度地使劲正好压到中断预先射精的肌肉痉挛周期的阴茎头帽以下）。

4．如果情欲高潮确实本能地出现，那么就完全享受并体验所有的情欲高潮感觉。

5．在尝试性交中的情欲高潮之前产生一种控制感。

6．当最初试着性交时，如果阴茎不是不适当地插进去的，那么就要允许它在阴道里停留一段时间。

五、阴道痉挛和性交困难

阴道痉挛是指阴道肌剧烈的不随意痉挛，主要是球海绵体肌和提肌（西尔尼，1980）。其结果就是性交困难，性交困难是一种不能性交或性交极度痛苦的病状。阴道痉挛并不一定同性欲抑制或性欲高潮问题相联系，因为许多患有这种障碍的女子都享有性欲而且都表明了对性交的强烈欲望。在有些情况下，对阴茎穿入和性交的极度恐惧可以间接地发展为疼痛和心烦意乱。在另一些情况下，首先出现这种恐惧，然后它就引起阴道痉挛（马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。

病原学

历史上，阴道痉挛被认为是一种代表阉割男子欲望的癔病转变性障碍症状（见第七章）。按照这个观点，其主要原因是对男子妒忌和敌意。虽然最近提出的一些观点并不否认在有些女子身上这种感情可以作用于这种障碍，但是多数治疗者都赞成对于大多数女子来说，一种真实的条件反应是很重要的。马斯特斯和约翰逊（1970）发现任何一个患者都可能包含有在这种条件作用下的种种因素。例如这些因素包括一种严格的宗教教养，性内疚，丈夫的阳痿或以前受过骚扰、威胁或强奸。尽管生理原因很少见，但是以前的骨盆疾病或创伤性骨盆检查最初都能够通过产生条件疼痛和焦虑反应来起作用。

治　疗

对性交和阴茎穿入的具体恐惧症通常用系统脱敏法或行为矫正疗法来治疗。如同治疗过早射精一样，在处理阴道痉

挛的具体特征之前，治疗可能首先要提出冲突或关系问题。一种既简单又常用的方法是连续把较大的导管插入阴道（托利森和亚当斯，1979）。第一个导管可以象铅笔那么细。当患者能够舒服地将其保留在阴道内时，就换一个较大的导管，这个过程一直继续到患者能够忍受一个象勃起的阴茎那样大的导管为止。

马斯特斯和约翰逊（1970）建议，患者的配偶既要参加向阴道里插导管又要目睹盆骨检查。这样有助于消除该配偶可能已产生的任何不合理的担心或忧虑。例如，它再一次向该配偶保证阴道痉挛既不是一种随意的反应也不是一种为他发生性交的试图所特有的反应。马斯特斯和约翰逊（1970）报告了一个治疗阴道痉挛几乎是100％成功率的例子。尽管使用这些方法的成功率一般都仍然很高，但是另一些使用这些方法的人所获得的成功率却较低。由于马斯特斯和约翰逊定义治愈及其稍有偏见的样本（预选的）的方式所产生的差异也许就说明了在这种及其他障碍的治愈率上的差异。

第三节　性障碍

性障碍指的是在性认同和这样一种很深的确信感之间的一种根本的不一致，即确信一个人是男性或女性的感觉，这种确信感通常到18岁就被牢固地建立起来。这种障碍也许是，也许不是由性激素不平衡引起的。其子类有易性癖和童年的性认同障碍。

一、易性癖

易性癖患者是一些持续并强烈地认为自己同异性是一致的个体，其表现为①没有性感兴奋目标的跨性别穿着，②渴望通过激素治疗和外科手术来改变性器官。对异性的强烈性认同以及易性的欲望是区别易性癖和易装癖（为唤起性欲的跨性别穿着）的主要因素。

第一个易性手术是于1930年在欧洲进行的而且于1953年因克里斯廷·乔根森的案例而为人们所普遍关注。从那时起，数千人已经进行了这样一种改变，通常是从男性变为女性（斯特拉斯伯格等，1979）。之所以有几种如此的可能的原因。首先，因为颠倒程序的外科手术很难而且常常不成功。此外，莫尼和韦德金（1980）认为，由于男性生来就是“女性抑制的”（在男子身上，一个额外的Y染色体可以改变那种基本的遗传结构），所以，男子更容易产生性问题。在评估121个从男到女的再分配时，波利（1968）发现成功的案例比不成功的案例多10倍；然而，后来的研究报告的成功度就较低（莫尼和韦德金，1980）。这些较低的成功率可能反映了一些更不完善的心理选择方法在筛选不适当的动机和心理病状过程中的应用。由于人们能够更加广泛地得到并常常使用一些新程序，所以就存在着这样一种危险，即候补选择法将不象它在这种程序是试验性时那样完善。例如，有些精神分裂症患者妄想地相信自己真正是异性中的成员。他们和另一些具有精神分裂症障碍的人很可能把易性手术视为一种有魔力的治疗方法，因此，他们就避免去正视自己问题的实

际焦点。在这些案例中易性并没有解决这些基本的问题而实际上通常使这些问题更严重。莫佩拉托·麦金利对假两性畸形（具有大量男性睾丸激素而且由于胎内缺陷还有女子性器官的人）的研究表明有些易性癖患者可能含有激素的不平衡。他们的研究发现19个作为女孩被养育的假两性畸形人，当他们的男子性器官（由于睾丸激素的作用）在发身后开始占优势时就开始把自己看成是男子。不过多数理论家都同意①模仿混乱和②童年异性角色行为的长期强化是多数易性癖者的主要因素（莫尼和韦德金，1980）。

完善的心理筛选法也许同心理疗法相结合就成为决定是否一个患者是一个真正易性癖者的基本的第一步。在那些因缺乏激素而产生的少见的病症中，激素疗法应该在其他治疗方法之前进行。在其他方面，治疗者可能试图通过心理条件作用和（本章后面将讨论的）性别再定向的结合使用来使患者回复到一种非易性癖定向上去。巴洛、艾贝尔和布兰查德（1979）曾报告过一些使用这种方法的成功事例。

有人曾认为易性手术是不必要的，由于时机和咨询，易性癖者将会恢复正常。但是，证据的衡量表明，尽管从技术上来看它不是一种治愈形式而是一种复原形式，但是对于许多易性癖患者来说，手术一般都是值得的（波利，1968；莫尼和韦德金，1980）。在外科手术之前常常先进行激素治疗并且经过一个患者试图完全并公开地象异性那样生活的时期。这个试验期可以提供一个根据手术后可能遇到的经历来充分考虑这个决定的机会。

虽然从男性变为女性是一种很简单的单一手术，即用阴

茎皮肤和阴囊的一个隐蔽的凹陷阴道，但是从女性变为男性通常却包含3次独立的手术。首先切除乳房和内部性器官，从阴唇组织衍生出一个阴囊，并且把成形的睾丸包住。阴茎是在两个阶段产生的。首先，把从腹壁上移植的皮肤组成一个包住人工尿道的导管。后来再移植附加组织。由于阴蒂被包埋在人工阴茎里，所以情欲高潮的能力有时可以被保留住。女变男易性的成功率（即，各种对患者满意程度的测量）只有50%左右，而比男变女易性手术的成功率要低得多。

跨文化变态：父亲假做娘和做父母的先行压力

怀孕和分娩都是女子性认同的明显表现形式。然而，这些表现形式对于母亲必然是更有压力的身体经历。但是父母双方都常常共同具有这些心理压力。在多数西方国家中，男子并不被鼓励去对自己配偶的怀孕表示身体或心理上的忧伤。然而，尽管他们预先都共同担心①一种主要生活方式的变化（特别是如果所怀的是第一个孩子的话），②进一步细分在现存家庭成员身上所花费的时间和注意力以及来自他们的时间和注意力，③增多的经济和心理需要，但是他们却被希望对待产妇提供支持和鼓励。

某些其他的文化对性认同具有不同的态度而且允许更直接地分享有关怀孕和分娩的生理经历。也许这种情况的最惹人注目的例子就父亲假做娘，尽管有人在包括美国在内的一些西式文化中注意到一些类似的模式，但这种现象在伯利兹海岸地区的一些原始部落最常见。在父亲假做娘时，当母亲正怀有身孕的同时，父亲真正卧床并模仿分娩活动。该父亲偶然还表现出一些怀孕晚期的症状，例如四肢、乳房或腹部的肿大。

二、童年性认同障碍

童年性认同障碍是指这样一种情况，即该儿童更喜欢异性的伙伴、活动、衣服以及玩具而且还在有些方面对自己现在的性别人体表示不满。该儿童喜爱异性的幻想性格，表示出一种成为异性-成员的欲望，并且拒绝参加标准的同性活动。在最终异性穿着的男子中大约有75%在4岁以前就开始那样做了；女子开始的平均年龄只是稍晚一点儿。在女子身上这种模式通常采取的是更不严格的形式（例如顽皮姑娘癖）；而在男子身上这种模式却倾向于是惯常的而且更严格。多数儿童偶然都表现有这种综合症的一些方面。但是只有这种行为持续几个月时才有理由担心。

除了很少情况之外，几乎没有什么迹象表明性障碍患者具有性器官或性激素程度的变态，而且也很少有遗传障碍的迹象。相比之下，明显的身体特征看来就起着重要的促进作用。采用这种男子模式的女子倾向于在身体上比自己的同伴更强壮，而且采用女子模式的男子以前也曾常常被描述为以一种女性方式有吸引力（雷克斯，1977）。大体上，易于引起易性癖的因素在这种障碍中也起作用，特别是父母最初使孩子适应不正常性角色行为的强烈影响。

对儿童性认同或性角色障碍的治疗通常是有效的，而且这些儿童的长期顺应就比一些没有受过任何治疗的儿童的长期顺应明显优越（罗森，雷克斯和本特勒，1978）。家庭疗法通常也被利用。替代性示范和行为管理咨询对于控制促进这种模式的社会学习变量也一直是有益的，特别是在很早就

开始治疗的情况下（雷克斯，1977；罗森，雷克斯和本特勒，1978；梅等，1981）。尽管对具体行为模式的厌恶治疗在理论上是可行的（迈耶和弗里曼，1977），但是它却未被人们考虑过。用休克疗法来治疗儿童含有严重的道德问题（见待考察问题的花边文字），而且另一些更不过分的方法也一直是有效的。

待考察问题：有信息根据的承诺与儿童性障碍

对儿童性障碍的治疗就产生了一个严重的道德问题：患有这种障碍的儿童应该按照父母的要求接受治疗吗？或该儿童必须找医生治疗吗？有些社会评论家（戴维森，1976）曾认为越轨的性角色行为不应该被改变，相反，社会应该被改变，因为它约束了并不直接危害别人的同性恋和其他的性角色顺应。有些法律理论家认为赞成必须从一个儿童那儿获得，它取决于该儿童的年龄。

罗森，雷克斯和本特勒（1978）通过指出以下几点来对这些治疗问题进行了概括：

1. 治疗方法对改变行为有效。
2. 被治疗儿童的长期顺应通常是积极持久的。
3. 许多治疗方法可以在没有该儿童参与的条件下使用。

他们论证说，尽管该儿童的赞成有帮助，但是治疗在任何情况下都应该进行。因为这最终成为一个法律问题，决定将有希望反映与法律传统和解释合并的普通大众的一致观点。无论这个问题含有什么，随着儿童的成长，一个父亲或母亲强加治疗的权利问题就变得更成问题了。当这个难题含有性行为时，问题就变得特别有争议了。

第四节　性欲倒错

性欲倒错是DSM-Ⅲ中表示性偏差的词；在本节中，我们可交换地使用这两个词。这些偏差通常与法律问题或公共卫生问题有关。以下两个特征中的任何一个对于诊断都可能是至关重要的：①对成人配偶充满深情的性反应能力的严重损伤；或②有关性欲唤起根源被承认的主观情感忧伤。（即使有些障碍很少出现）我们既包括了DSM-Ⅲ中所列举的障碍又包括了另外一些在DSM-Ⅲ中未被列举的障碍。

一、恋 物 癖

DSM-Ⅲ把恋物癖定义为这样一种情况，即在这种情况中非生物用来作为刺激性欲唤起的唯一或始终优先的方法。有些不严重的恋物癖在社会上不受谴责，例如，普遍接受诸如香水、诱惑的衣服以及具有强烈性含义的纪念品这样的一些物体就证实了这一点。恋物癖者通常通过吻、尝、抚弄或闻该物体获得性感兴奋。多数恋物癖者是男子，而且他们多数都只在进行手淫的同时使用该物体，但是他们还可能会用该物体来作为性交的必要开端。

传统上，这个词还包括对身体特定部位的吸引，在那种意义上，行为理论指出有些恋物癖行为常常与性交有关（麦康瑙希，1982）。正常的预先玩弄包括对唤起性欲的物体或身体部位的注意，结果性欲唤起来了并最终进行性交。然而，在恋物癖中，恋物癖对象作为一种获得情欲高潮的手段

在性交中居首位，它也可能作为偶然联想起那种能够引起情欲高潮物体的结果。

鞋、乳罩和紧身短衬裤是恋物癖中最常见的物品，而且心理动力学理论强调它们的象征性意义。按照弗洛伊德的观点（1930），被选择的物品是该儿童相信自己母亲曾具有的阴茎的代替物。

气味对于产生恋物癖对象很重要。例如，心理动力学理论断言鞋的气味构成它们的主要感染力而且还表明一种向发展的肛门水平消退。行为主义者指出一个被选择物品的气味完全可能已经成为性欲唤起的有区别力的暗示。

一个恋物癖者偶然还破门而入去寻找一些女人用过的乳罩或紧身短衬裤，而且通常这种违法行为的刺激本身也增加了性欲的唤起。在另一些情况下，只有当该恋物癖者要求治疗时，这种问题才被定义为一种临床障碍。

1956年，雷蒙德发现在该学科只报告了3个治疗成功的恋物癖患者。不过，从那时起，行为理论家已经用厌恶条件作用治疗取得了一些成功（麦康瑙希，1982）。无论是引起厌恶的药物还是适度的电休克都已经证明对于制约恋物癖对象的物体或恋物癖对象的幻想同厌恶刺激配合的程序很有效，这样就减少了它的唤起价值（迈耶和弗里曼，1977；巴洛等，1979；里姆和马斯特斯，1979）。

专栏：关于性行为的神话

过去约30年，西方文化已经历了一个从性保守主义到性自由主义的过渡。下面所列举的这些神话反映了这些变化着的态度。神话体现

了一个社会的信念。尽管它们也许对那些持有这些信念的人们具有实用价值，但是它们常常反映的不是事实。

传统神话	现代神话
一个美满幸福婚姻的产生与一种积极令人满意的性生活的发展无关。	发展一种积极创新的性生活对于产生一个幸福美满的婚姻至关重要。
女子情欲高潮很少出现而且它表明反常。	女子情欲高潮是一种影响一个妇女总的人生观的灾变性事件。
阴蒂情欲高潮比阴道情欲高潮更少达到。	在阴蒂情欲高潮和阴道情欲高潮之间没有任何变异。
性障碍很难治愈而且需要长期深入的治疗。	所有的性障碍现在都能够在短期内通过一些简单方法治愈。
为了一种令人满意的性生活经历，爱情是重要的。	爱情对于满足性欲无关。专门技能和试验的意愿是基本的因素。
妇女对性生活没什么兴趣。	妇女在性欲上很有挑衅性而且十分需要以致于男人决不会满足她们。
老年人对性生活没什么兴趣。	随着年龄的增长，根本不会丧失性交的能力和兴趣。
心理健康的青年人很贞洁。	所有的青年人都是男女乱交的。
手淫无论是在心理上还是在身体上都有害。	手淫是总是一种比性交更令人满足的体验。
同性恋者本质上都是不幸的人。	同性恋者比异性恋者更能满足性欲。
同性恋很少被“治愈”。	同性恋者决不应该试图改变自己的性倾向；他们应该努力去改变自己周围的约束社会。
裸露癖者、观淫癖者以及“堕落者”力图要诱使无知的妇女和儿	裸露癖者和观淫癖者都是一些从不诱惑儿童或对任何人挑衅的驯

续表

传统神话	现代神话
童进入一种性堕落的性活中。	服个体。
性器官在大小上可以收缩或被歪曲，这就造成了一种性认同上的变化。	性认同直接与乳房或阴茎的大小有关。
乱伦很罕见而且它反映的是一种极为堕落的心理。	乱伦很常见，而且可以有助于发展健康的成人性生活模式。
色情描写是堕落和性挑衅生活的第一步。	色情描写完全无害。
被强奸的妇女通常通过诱惑行为刺激了强奸者。	强奸只是一种侵犯的性犯罪。
性幻想是邪恶的而且表明一种薄弱的意志。	性幻想是无害的而且不导致行为上的变化。
色情受虐狂比性虐待狂更健康。	性虐待狂比色情受虐狂更健康。
我们现在了解大部分有关人类性生活的基本事实。	我们现在了解大部分有关人类性生活的基本事实。

二、易装癖

易装癖指的是异性穿戴行为。再加上对异性其他方面的有意表现。尽管易装癖包括性认同障碍的某些成分，但是它在多数方面更近似于性欲倒错。DSM-Ⅲ不现实地把这种诊断局限于男子；实际上，男女都可以出现易装癖。

易装癖在行为上类似于恋物癖。易装癖者通常通过穿异性的衣服来寻求性欲的唤起。常常几乎外阴部也穿异性的衣服。如同在恋物癖中一样，无生物是诱发刺激，而且可能很

少或根本没有为性满足而对人类关系的依赖。易装癖者可能具有色情受虐狂幻想，而这些幻想有时导致色情受虐狂的异性恋或同性恋关系。

有关男子易装癖（穿戴象女子那样）的心理动力学理论强调的是一种受干扰的母子关系以及认为一个侵犯性的母亲是一种否定阉割恐惧的手段；认为一个有权威的、恐吓的和严厉的父亲是一种否定阉割恐惧的手段在女子易装癖中被认为是很普通的。另一方面，行为理论强调的是泛化强化物的作用，例如注意当性格形成时期穿异性的衣服时“做作行为”和情欲高潮与乔装打扮行为的最终配合（起初常常是偶然的）。

如同在多数性偏差中一样，通过条件作用方法所发生的行为变化是一种常见的有效治疗形式（迈耶和弗里曼，1977；雷德等，1979）。共同使用心理疗法可以帮助患者处理那些多数易装癖者经历的重大社会问题（例如被同伴或父母所拒绝）。

三、恋兽癖

兽欲专指同动物的性交，而恋兽癖却包括同动物的各种性体验形式。恋兽癖是这样一种很罕见的病状，即一个人用动物来作为唯一或优先的性刺激方法。当这个人甚至在可以得到其他形式的性欲发泄方法的情况下也更喜欢动物时，这种病状在临床上就值得注意了。

恋兽癖的发病率主要与接近动物的机会有关。因此，它在农村最常见。恋兽癖者主要是青春期的男子。如果这种行

为持续超过了这个年龄，那通常就表明是严重的障碍。

多数理论家都主张，恋兽癖在功能上类似于恋物癖，因为同动物的性接触提供了一种容易的性欲发泄方法，同时它还由于允许避免亲近地和人接触而减少了对发生成熟的性关系的焦虑。隐性恋兽癖一直都是与一些对马产生固恋的青少年和过分喜爱自己的猫或狗的成人的行为相联系的。

四、嗜 童 癖

DSM-Ⅲ把嗜童癖(字面意义是“爱儿童”）定义为偏爱同性不成熟者的性体验。它可能包括公开的武力（见第十三章有关强奸的讨论）或更狡猾的胁迫。如同在许多强奸模式中一样，侵犯行为在嗜童癖中是一个重要的成分——有时是主要成分（贝克尔等，1982）。至于对嗜童癖的临床诊断，DSM-Ⅲ通常要求应该重复该行为。它还专断地要求在嗜童癖者和受害者之间要有10年的年龄变异，除非该嗜童癖者是一个即将进入成年的青少年。嗜童癖在女子中很罕见。

在同性恋定向的嗜童癖男子和异性恋定向的嗜童癖男子之间存在着重大的差异。前者更不可能是已婚的，而且他们更喜爱一个年龄稍大的对象，即12岁到14岁的对象；而异性恋的嗜童癖者更喜爱7到10岁的对象。异性恋的嗜童癖者更有可能认识自己的受害者，他们与其说倾向于获得情欲高潮倒不如说是更倾向于看和摸。而且他们表现出一种更好的治疗预后。许多异性恋男子嗜童癖者都是阳痿的；如果射精确实出现，那么它通常也是通过裸露癖-观淫癖、手淫来实现的。被尝试的同儿童的性交对于受害者来说很可能是痛苦而

且具有创伤性的，而且它还增加了该事件将被报告给警官的可能性。

该嗜童癖者或儿童骚扰者对自己的性行为感到很不适当，尤其是在对付成年妇女时。他可能会专门注视自己阴茎的大小，或他可能会为自己不能保持阴茎勃起而烦扰。与一个性不成熟的儿童接触和/或比较可以减少与一种成熟的性接触亲昵行为相联系的焦虑。当认为自己是一个年轻有吸引力的对象时就存在着一种自恋的成分。

婚姻的不幸和酒精滥用对于嗜童癖行为都是常见的刺激因素。弗丘南（1975）曾指出，在有些包含有一个患精神分裂症的或心理逊常的嗜童癖者的案例中，引起接触的常常是受害者。然而，这个事实不应该被认为是将道义或法律责任转嫁给有关儿童的理由。芬克尔哈（1979）观察到异常高比率的性受害儿童，都来自这样一些家庭，即他们16岁以前母亲就离开了家。他们可能已经错过了对一些使他们能够避免或拒绝这种性接近的行为敏感地，甚至是无意识地示范。

许多人担心容易接近色情描写的机会可以引起侵犯性性行为，特别是对儿童的侵犯性性行为。早期对这个问题的研究发现色情描写在有些人中减少了焦虑和/或促进了一种恢复的对婚姻生活范围内性接触的兴趣。威尔森（1978）也注意到，表现出“越轨性行为”的成人在青春期平均要比正常人所接触的色情描写少得多。另一方面，最近的一些研究已发现个人对色情描写的利用在有些情况下可以增加无意识的性行为表现和/或更异常的性表现形式。例如，怀特（1979）发现被一种被认为是积极的色情描写可以减少侵犯行为，而集

中于古怪或施虐淫性行为的色情作品却常常增加无意识行为表现的潜势。

标准的厌恶条件作用方法对于有些嗜童癖患者有帮助（麦康瑞希，1982）。有些治疗者已经使用诸如甲基乙醯氧孕前酮醋酸盐或Cyproterone醋酸盐这样的抗雄性素（激素抑制物）来限制男子嗜童癖者、裸露癖者和强奸者的性欲（沃克，1978；沃克和迈耶，1981）。这些药物通过明显地降低血清睾丸激素的程度来减少或消除性欲唤起。用抗雄性素治疗已经表现出适度的成功率，尤其是当与心理疗法结合使用时。不过，一般说来，嗜童癖者通常都倾向于直到法律强制出现或提前出现时才改变自己的行为。

福乔尼(1976)通过让嗜童癖患者作为对一个儿童似的模特儿的反应重新表演自己的嗜童癖行为，把这些片断摄制成电影以及让患者观看这些再播放的情节来对他们进行治疗。观看自己的行为证明是令人厌恶的，因此该患者的行为就减少了。将这种行为的选择幻灯片同休克疗法结合起来使用可能会进一步增加这种厌恶反应。

五、乱 伦

乱伦虽然不是一个正规的DSM-Ⅲ类型，但是作为嗜童癖的一个特定子类它却值得注意。乱伦指的是社会上禁止的亲近家庭成员之间的性互动。有些迹象表明传统风俗的崩溃以及变革和流动的“未来冲击”都已经减少了家庭结合的意识，这样也就减少了反对乱伦的戒律并增加了乱伦的发生率（布莱尔和贾斯蒂斯，1979）。弗洛伊德最初假定许多形式

的心理病状都起源于对实际乱伦的抑制（刘易斯，1981）。后来他又修改了这种主张，他说许多形式的心理病状只是起源于对被幻想的乱伦的抑制。

乱伦虽然在母子之间很罕见但在兄弟和姐妹之间却是常见的。父女乱伦通常是法律和公共卫生当局批评的对象（贝克尔等，1982）。这个权威性戒律的力量甚至在一种监狱副文化中也是明显的，因为在那里，同狱的犯人很可能在社会上是孤独的而且会从身体上凌辱那些因乱伦而被监禁的人。

多数专家都相信这种戒律有充分的理由，而且还相信如果没有这种戒律社会就会受到严重的破坏。有一种广泛为人们所承认的理论至今只受到迈泽尔曼的怀疑（1978），这种理论是说遗传近交最终产生的是一种劣势的遗传血缘。另一个理论即弗洛伊德的"原始游牧部落"理论基本上是说，如果这种基本的戒律被破坏了，那么混乱就会很快盛行起来。弗洛伊德的理论是对这样一个公理神话般的描述，即只有当关系中存在信任时社会才能繁荣昌盛。

有些环境因素增加了乱伦的可能性。这些因素包括家庭在地理上的隔离，父女间的长期分离，家庭中裸体或半裸体的家庭模式，母亲始终不在家以及酒精滥用。曾是父子乱伦对象或进行长期兄妹乱伦的男性儿童更有可能在自己的家庭中重复这种乱伦模式（迈泽尔曼，1978；布莱尔和贾斯蒂斯，1979；贝克尔等，1982）。

在父女乱伦中存在着3种基本的子模式（迈泽尔曼，1978；布莱尔和贾斯蒂斯，1979）：

1. 嗜童癖乱伦。一个机能上是嗜童癖者的性心理不成

熟和不适当的父亲就同自己的儿子、女儿以及其他年轻的儿童具有乱伦的接触。

2. 心理病态乱伦。一个心理病态（见第十三章）的父亲把多数人都当作对象，他很少或根本没有对自己的行为表示内疚，他而且通常还同成人和儿童乱交，无论是在家中还是在家外。

3. 家庭引起的乱伦。父亲很被动而且母亲有一种人格障碍（见第十三章）。婚姻生活不稳定，而且作为乱伦对象的儿童，通常是大女儿，具有不止一种的性功能。这句话的所有意思是指她变成了一个情妇。母亲很可能意识到这种乱伦，但却帮助保持这个家庭秘密，因为她相信如果这种乱伦停止，那么这个家庭就会瓦解。

尽管家庭疗法常常被用来治疗家庭引起的乱伦，但是在有些情况下它却进一步促进了家庭的瓦解（迈泽尔曼，1978）。就嗜童癖乱伦而言，厌恶训练方法常常同家庭疗法相结合，它们已经证明很有效。但是迄今为止，治疗者在治疗心理病态乱伦患者时却很少取得成功。

六、裸露癖

裸露癖是指为了唤起性欲而向一个陌生人暴露自己的生殖器。这种暴露行为对受害者是出乎意料的，而且它通常是所寻求的唯一接触。它通常发生在青春期，发生率的高峰在25到29岁。裸露癖者几乎总是男子，也许是因为存在着女子可得到的许多可接受的裸露癖发泄方法，例如跳脱衣舞（霍伦德，布朗和罗巴克，1977）。甚至当一个异常的地方或环境

出现女子裸露癖时，男子也很少产生消极的反应而且不可能将其报告给当局。这种社会态度与社会对性行为中男子侵犯角色的不断强化一起就成为许多性欲倒错被认为主要是男性障碍的主要原因。

裸露癖者大约占所有性罪犯的1/3而且表现出最高的累犯率——大约25%。具有多种动机的广泛人格类型可能会从事裸露癖行为（亨德里克斯和迈耶，1976；史密斯和迈耶，1980）：

1. 强迫的。强迫的、紧张的以及性混乱的个体，他们的裸露癖是对内心苦恼的强迫反应。

2. 不适当的。对于一些不仅是强迫的而且还害羞的，内向的并且缺乏适当社会关系的人来说，裸露癖是一种愤怒反应和试图自我肯定和社会化的矛盾结合体。

3. 无意识的。对于有些人来说，裸露癖是智力落后、机质性脑障碍或严重酒精中毒的一种从属结果。

4. 攻击性的。对于一些受强烈的愤怒和敌意因素影响的人来说，虽然裸露癖可以实现性欲唤起，但是受害者的震惊反应是主要的强化，而且裸露癖者很少为这种行为而内疚。

除了第三类中的那些人之外，这些裸露癖者中有许多都具有缺父的历史或无能的父亲以及一个盛气凌人的母亲和／或一种性特征明显的母子关系。明显的家庭习俗和态度过去都倾向于是清教主义的。为依赖-支配而接着发生的斗争常常被不断地带进裸露癖者的婚姻关系中。裸露癖者通常并不危险，特别是前三类中的那些人。不过，在身分上定性的裸

露癖者偶然也表现出侵犯性嗜童癖行为或者甚至强奸和袭击成人。

专栏：对裸露癖的多重模型治疗

亨德里克斯和迈耶（1976）成功地运用以下这种方案来治疗罗杰，罗杰是一个24岁的裸露癖者，据估计他4年来曾有600到700次裸露过自己。他的诊断典型地是裸露癖，而且与一种被动－侵犯人格障碍有关（见第十三章）。亨德里克斯和迈耶的多重模型治疗计划吸收了种种治疗观点的治疗方法。用来治疗罗杰的方法多数对于治疗任何性欲倒错都具有潜在的效用。

1．教罗杰一种放松方法来减弱他的紧张－愤怒型式。

2．为家庭实践提供放松训练的盒式磁带。

3．为增加放松和提供一种取代那些裸露癖幻想的控制幻想而提供一种幻想放松方法——即自发性训练。

4．心理动力学心理疗法澄清了罗杰对他母亲的愤怒和他对适当接近女性的恐惧。

5．用系统脱敏法（SDT）来减少罗杰对在自己会见女子的试图中遭挫败的病态性恐惧。

6．辅助的积极处事意象（替代性示范）有助于他开始并保持同女子令人满意的关系。

7．亨德里克斯陪同罗杰到校内快餐部，如果有必要他就把罗杰作为一个朋友介绍给别人并且监视他，后来又建议他改进自己的行为。

8．要求罗杰密切监视并记录那些似乎引起他的裸露行为的环境。

9．代表一个裸露癖行为等级的行为契约因其以那些造成一些高度逮捕危险的行为告终而被议定和保存。

10．为了增加恰当性行为的唤起涵义教罗杰控制手淫幻想。在这

一步骤中，该患者在情欲高潮时故意想象目标幻想。这种联想通过增加该幻想的唤起涵义有助于引导通向后来恰当性接触的观念。

11．利用自信训练来帮助罗杰恰当地引导自己对控制的母亲的愤怒并且大体上来减少他对受女子支配的恐惧。

12．利用积极的自我谈话训练（梅陈鲍姆，1977）来增加他的自尊心和信心。

13．当罗杰确实开始一些异性恋关系时，按照马斯特斯和约翰逊的方法进行性咨询（1970）有助于他成功地保持这些关系。

14．当偶然出现泄气时，就播放前面那几部分录有罗杰为自己稳定的进步而表示快乐的录音磁带。认知行为矫正方法有助于消除对他的一些曾导致抑郁和紧张的无异议信念的种种限制（贝克尔，1967，1976）。在6个月中的32个疗程之后，罗杰摆脱了裸露癖行为而且在接着3整年的几个补充疗程中，他没有表现出任何重新开始裸露癖行为的迹象。虽然罗杰反对使用厌恶条件作用方法，但是在其他方面这些方法也可能被使用过。

七、观淫癖

一个观淫癖者屡次找机会看一些裸体的、脱衣服的或正在过性生活的未猜想到的人。在我们的社会中，观淫癖者几乎总是男子，大约有1/3是已婚的，这种情况常常发生在二十八、九岁。许多观淫癖者曾有过其他类型的青少年犯罪史。观淫癖者的父母通常都表现出许多婚姻不和，而且作为

幼稚的无意识目标的态度。行为主义者指出，某种程度的观淫癖甚至在健康的性活动中也是固有的而且只有当这种过程成为性欲唤起和情欲高潮的唯一刺激时，它才是成问题的。例如，Triolism（在被观看的同时共享一个性配偶）在团体性体验中就是一种主要的强化物而且它并没有被DSM-Ⅲ归类为观淫癖。

观淫癖者对受害者很少有危险。那些危险的人①更有可能进入房屋偷看，②在这种行为的同时故意地注意自己（史密斯，1976）。

虽然厌恶疗法对于治疗观淫癖是成功的，但是这种方法必须适应个别患者。有一个观淫癖者当看见窗内的裸体幻灯片——假定的唤起刺激时受了电震，但是直到电震同从30英尺以外所看到的开着的窗户的幻灯片配合治疗才是有效的。带有模糊人影的开着的窗户已经成为该观淫癖者唤起性欲的有识别力的最初刺激（促进因素）。只有当后面的幻灯片同电震治疗配合使用时，这种观淫癖才会停止。

专题研究：色情描写和性暴力

在社会上，人们都普遍担心色情描写可能会在心理上产生有害影响。例如，猥亵法规就以接触色情描写可以促进反社会行为和道德堕落为理由证明起诉和惩罚是正当的（华莱士和韦纳，1971）。男女平等主义者认为宣传开发的性生活和暴力对性态度和性行为具有不良影响。然而，总统色情描写委员会（1970）得出结论认为很少有证据表明看到唤起性欲的刺激可以引起性越轨行为。此外，有关这个问题的条件研究已经就色情描写的影响得出了矛盾的结论。由T·P·迈耶所得出的一个早期结论（1962）发现在某些情况下，性欲唤起能够增加侵犯

行为。根据这个发现迈耶极力主张公众的关心应该把其焦点从电视播送的暴力扩大到包括任何含有唤起性欲内容的宣传工具。相比之下，华莱士和韦纳（1971）发现至少在短期内接触色情画并没有明显改变受试者对性生活的态度。

所有的研究都赞成这样一个论点，即色情杂志上的性暴力描写正在增加。马拉默斯和斯皮纳（1980）通过调查1973年到1977年之间《花花公子》和《小棚屋》这两种杂志的图片和漫画数量分析了这种趋势。就绝对数量和百分比而言，描绘性暴力——例如，强奸幻想——的图片数在两种杂志中都大大增加了。尽管带有侵犯性性主题的漫画的百分比没有大量增加，但是总数却大大增加了。这些材料表明在一些以"比较隐晦的"色情描写而著称的杂志中性生活和侵犯行为相结合的主题不可否认地增加了。

在评估对接触色情描写行为的潜在影响时，马拉默斯和斯皮纳验明了人们可能受影响的4个方面。第一，接触一些其行为含有性欲暴力的典型可以促进对那种行为的模仿。这种接触还可能具有减少抑制先存癖好的作用，特别是当典型人物的行为明显得到报偿的时候。第二，性行为和暴力行为的共同结合可以充当一个固有的暴力行为据以同性快乐相联系的条件作用过程。有这样一个相关的可能性，即接触与唤起性欲的物质并存的暴力能够增加对这种刺激的性欲唤起。最后。从认知观点来看，接触性暴力促进了对男人和女人的消极陈旧看法。色情作品一般都把男人描述为盛气凌人的，施虐淫的和控制的；把女人描述为被动的，也许是色情受虐狂，而且卑屈地依赖男人的支配。

有些杂志对性暴力的描述着重在于娱乐消遣，在这种程度上，就对强奸这种最常见的性暴力形式的态度及其发生率而言，存在着特别不祥的含义：通过减少人们对强奸受害者所遭受的严重创伤的敏感性，这些描述可能会助长对强奸的一种更冷淡的态度。

八、性虐待狂和性受虐狂

性虐待狂和受虐狂明显是互相依赖的型式。从事这些偏差的人们常常相互配合以互相满足。在有些人身上同时存在着这两种型式(马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982)。性受虐狂是为了产生性刺激而故意接受痛苦或羞辱。这个词本身是于1886年由克拉夫特·埃宾杜撰的，它起源于利奥波德·冯萨克尔·马索克(1836—1895)，他的小说着重描写的是一些服从女子虐待狂的男子受虐狂。萨克尔·马索克本人就过着这种生活，他从那种认为他妻子公然不贞洁的幻想中获得刺激。弗洛伊德认为受虐狂起源于一种对幼稚的性行为的固恋或向这种行为的退化，它集中在转而对自我的愤怒上。多数理论家都认为对性行为的内疚感可能是一种因素，受虐狂把痛苦作为一种偿还对获得快乐的内疚的方法来寻求(马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982)。人际关系理论家把受虐狂视为一种促进同情心和亲昵行为的方法。如果受虐狂成为一种激发兴趣的人际关系控制，那么受虐狂就能够充当一种被动-侵犯机制。尽管受虐狂很罕见，但是它比虐待狂出现的次数要多点儿，而且女子比男子更多。

在一种称作"极限性欲"的古怪罕见的受虐狂形式中，一个男子(通常)用一个套索吊着自己的脖子以便在行手淫的同时增加自己的性快感。就在失去知觉之前解开套索据说可以增加这种快感。这种引起性欲的悬吊做法在14到24岁青少年中更有可能出现。据估计，在美国每年这种做法可以造成多达150人死亡。

虐待狂这个词源于马奎斯·德萨德，他的作品集中描写了通过使别人遭受痛苦甚至死亡而获得的性快感。临床诊断需要真正地或模似地遭受痛苦或羞辱以便产生性欲刺激。犀牛是一种常常表现这种行为的动物；人们观察到母牛在同公牛交配之前就凶恶地撞击那头公牛。

西奥穆波罗斯和戈德史密斯（1976）描述了种种导致性虐待狂和性快感的途径，唯一重要的行为因素是虐待狂的溶解，通常是通过鞭打来溶解的。按照存在理论家的观点，主要强化物就是获得对另一个人完全控制的感觉。

其他性偏差

DSM-III并没有包括所有已知的性偏差，它只包括了那些人们最常为之而寻求或接受治疗的性偏差。为了说明存在有一种更广泛的样本我们提及两种虽有些罕见但却有联系的偏差。在秽语癖中，性欲是通过使用描绘卷偏的粗鲁庸俗

几年。同性恋权利团体同另一些把同性恋看成是邪恶的，看成是一种情绪障碍的征兆或看成有损于社会正确发展的人直接发生了冲突。

一、自我紧张异常的同性恋

DSM-Ⅰ把同性恋归类为一种反社会人格障碍（见第十三章）。然而，1974年美国精神病学会以5854票对3810票将它作为一种DSM-Ⅱ障碍给排除了。不过，他们却提出了一个新词——性别定向障碍来标示那些因自己的同性恋行为而感到苦恼的人。DSM-Ⅲ又用另一个词——自我紧张异常的（不能为有意识的自我所接受的）同性恋来代替这个词。完全是因环境限制，例如，害怕失业，而为自己的同性恋感到担忧的人们并没有成为这种正规临床诊断的根据；因为一定还存在着某种由内在冲突引起的苦恼。

几乎在所有的社会中都可以发现同性恋而且它在许多社会中都被认为是可接受的(福特和比奇，1952；马斯特斯和约翰逊，1979；马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。福特和比奇(1952)发现在他们所调查的76个社会中有64%都认为同性恋是正常的，尽管这些社会一般都比西方文化中所发现的社会更原始。在我们自己社会中的许多人都曾有过同性恋经历(金西等，1948，1953；特里普，1976；马斯特斯和约翰逊，197)。

在一本第一流的学术著作中，博斯韦尔（1980）毫不夸张地证明了一些容忍多种宗教并存的都市社会对包括同性恋在内的重要性偏差的普遍接受程度。甚至在中世纪的某些时期，同性恋也是公开被接受的，在色情诗中被称赞而且被僧

侣、大主教和圣徒所实践。圣·埃塞雷德——一个20世纪伦敦大寺院的主持就有过同性恋，他并且规定他的僧侣们可以公开地手搀手（博斯韦尔，1980）。弗洛伊德自己对同性恋者并不是一律都持否定观点。下面这段话就摘自他寄给一个曾征求他对自己的同性恋儿子的意见的妇女的回信。

亲爱的某某太太：

我从你的信中推测你的儿子是一个同性恋者。使我印象最深的是在你谈他的情况时你自己并没有提到这个词。我可以问你为什么要回避它吗？尽管同性恋无疑没有任何益处，但是它根本不值得害羞，它并不是什么恶习，而且也不是堕落。它不能被归为一种疾病……。古代和现代的许多十分可敬的人都曾是同性恋者，他们中间有些还是伟人（柏拉图，米什兰，吉洛，利奥那多·达·芬奇等）。把同性恋迫害为一种犯罪是很不公平的，那样做也是残酷的……（弗里德曼和罗森曼，1959，pp，606—607）。

二、发 生 率

在一次对5000多个男子的研究中，金西小组（1948）发现在青少年晚期和老年之间有40%的人至少报告了一次同性恋情欲高潮。他们对女子的研究数据表明女子同性恋行为的发生率较低，因为这些数据是在多数人都不愿意承认同性恋行为时收集的，所以这些估计数无论是对于男子还是对于女子都可能很低。虽然后来的调查和复查（特里普，1976；马斯特斯和约翰逊，1979）已经报告了不同的比率，但是大家都一致认为同性恋是很普遍的。

马斯特斯和约翰逊（1979）深入研究了94个同性恋男子和82个同性恋女子。除了16个女子以外，其余的人都组成了曾建立过一年稳定关系的“被调配伴侣”。剩下的16个女子为了从1964年到1968年所进行的实验室研究被分配给同性配偶。后来又进行了广泛的继续研究，甚至一直继续到他们的材料公布之时。

马斯特斯和约翰逊研究因利用不清楚的评价程序和具有一个偏见的样本而公正地受到了批评；因为不仅存在有被调配伴侣的优势，而且受试者，特别是那些同性恋伴侣的智力和教育都在一般水平以上，再加上他们都明显地来自大城市和学术中心。专一的同性恋者——即很少或根本没有异性恋经历的人——也未被充分代表。这些偏见使一些结论比另一些结论更无效，例如，那种认为同性恋的既定伴侣即使没有性交也比异性恋伴侣从性行为中得到的快感要多的结论。另一些结果由于这个方法论的倾向性而受到的破坏更少。其中有一个结果是说异性恋和同性恋者的幻想模式并没有更大的差异；两个组实际上看来既沉迷于一些与自己通常的性定向一致的幻想也沉迷于一种很高比率的“交叉偏爱的幻想”。这种研究结果表明，潜在同性恋的传统概念因其是以交叉偏爱幻想很稀少这样一种假定为基础的，所以就既无意义也无论断作用。这项研究还发现同性恋者几乎同异性恋者一样对治疗障碍很敏感。最后，马斯特斯和约翰逊发现医生象多数其他的人一样都试图摆脱一种对同性恋和一般行为的错觉困境。

三、男性同性恋和女性同性恋

直到最近，多数对同性恋的研究才将重新集中在男性上（马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。然而，同性恋妇女团体总是坚持认为女性同性恋模式不同，而且越来越多的证据证实了这种主张。

在男性同性恋和女性同性恋之间确实存在着行为差异。男性同性恋者倾向于更混杂而且更多地是一夜的接触，尽管许多人也形成了稳定的单配关系（马斯特斯和约翰逊，1979；马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。他们以前还可能曾更频繁地进行过手淫，可能发生过口部-生殖器性关系而且可能比女性参与同性恋经历更早（特里普，1976；萨格赫和罗宾斯，1979）。

四、病原学

身体理论

传统的观点一直认为同性恋是由一种遗传素质和/或激素系统的缺陷引起的。由于卡尔曼（1952）发现在某些单接合子性的孪生儿中同性恋的一致率达100%，而在双接合子性的孪生儿中同性恋的一致率只是平均的，所以这种发现尤其促进了遗传学理论。不过，后来的研究已经发现了矛盾的证据（迈耶和弗里曼，1977；马斯特斯和约翰逊，1979）。

虽然激素差异支配性偏爱的看法具有表面的有效性，但是经验研究的结果最终并没有证实这种看法。洛富因等人（1979）发现在异性恋男子身上的睾丸激素水平要比同性恋

者身上的睾丸激素水平高，但是哈特菲尔德等人却发现相反。另一些人已经概括了男子和女子身上类似冲突的结果（马斯特斯和约翰逊，1979；马默，1980）。人们都普遍认为低水平的睾丸激素与其说可能增加同性恋行为倒不如说可能会导致全面缺乏性欲唤起（沃克，1978；沃克和迈耶，1981）。现在很清楚，多数同性恋者并没有反常的激素水平。然而，认为缺乏支配自己性别的激素至少可能会影响（而不是强迫）自己性别定向的一些同性恋者确实似乎有道理（卢因等，1979）。

心理学理论

如同在许多其他方面一样，两个主要的因果关系理论是心理动力学和学习模型。学习理论模型同样适用于男女两性；心理动力学模型集中在男性同性恋上。

弗洛伊德(1930)提出所有的人最初都是两性的，而同性恋象征着一种向这种无差别状态的倒退。这种倒退的主要因素是同性恋者同其父亲成问题的关系，而且一个产生依赖和诱惑的母亲使这种因素更加恶化。结果产生的阉割焦虑可以更广泛地被理解为害怕同女性的任何类型的亲近（刘易斯，1981)。对心理动力学观点的主要支持来自比伯的研究(1962)，比伯让77个精神分析学家与同性恋患者进行深入的会谈，结果获得了106项个案研究。所发现的共同的父母特征是父亲冷淡疏远，而且母亲有诱惑力。这些研究者认为主要的情欲唤起作用是父亲的行为，因为一个热情积极的父亲常常会胜过一个拒绝的母亲的影响这项研究的方法论严重地受到这样一种事实的破坏，即事先已倾向于这种理论的人们过去进行过这

种会谈。此外，还有一些证据表明并非所有的同性恋者都有这种背景，但是许多异性恋者却有这种背景（马默，1980）。尽管比伯的结果没有得到另一些人的支持(西尔弗曼，1976；索卡里兹，1976），但是证实社会学习理论系统阐述的证据却明显更有力（赫尔曼，巴洛和艾格拉斯，1974；迈耶和弗里曼，1977；马斯特斯和约翰逊，1979）。

女性同性恋者也具有种种父母背景。有些人具有一种类似于男性同性恋者的模式；另一些人同自己的父亲具有紧张的诱惑关系，同自恋的母亲具有分离的关系。同兄弟的敌对与一种父亲偏爱一个男孩子的知觉相结合虽然对于某些其他的女性同性恋者的发展起了重要作用；而其他人还是有过正常的父母背景（马默，1980；马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982）。

学习理论主张对不同性角色行为的强化就确立了一个人的性定向。这个观点并不否认特定父母行为的重要性；相反，它把这种观点扩大到包括诸如同伴影响、幻想行为以及早期性体验中的具体积极的强化这样一些潜在危急的影响（弗尔德曼和麦卡洛克，1965；西蒙和加农，1970；赫尔曼，巴洛和艾格拉斯，1974；迈耶和弗里曼，1977）。迈耶和弗里曼（1977）支持以下这些观点：①同性恋顺应是一个由许多个体行为和社会行为组成的复杂社会现象和②性偏爱反应的产生在同性恋顺应和异性恋顺应中是类似的。

五、故意改变一种同性恋定向

因为多数精神卫生专业人员不再认为同性恋是由疾病引

起的，而且因为存在有充分的证据表明许多同性恋者都顺应良好（马斯特斯和约翰逊，1979；斯特拉斯伯格等，1979；马斯特斯，约翰逊和科洛迪，1982），所以谈及治愈同性恋就是不恰当的了。不过，有些同性恋者渴望变成一种有利于良心的理智（自我紧张异常的同性恋或个人利益的异性恋定向（也许是由于工作问题或因为他们想要孩子）。正如弗洛伊德，DSM-III以及其他人(迈耶和弗里曼，1977；斯特吉斯和亚当斯，1978）所指出的，在我们的文化中，一种同性恋定向常常有害。

传统的心理疗法没有很成功地改变一种同性恋定向，但是最近，行为疗法（弗里曼和麦卡洛克，1965；赫尔曼，巴洛和艾格拉斯，1974；迈耶和弗里曼，1977；麦康瑙希，1982）和马斯特斯和约翰逊的方法（1979）已经证明成功地改变了一种同性恋定向。马斯特斯、约翰逊和科洛迪使用了一些同用来治疗性机能失调的方法（心理治疗和实际受控制地实践一些新行为）相类似的方法，他们还报告了大约65%的成功率。行为疗法也同样是有效的。迈耶和弗里曼(1977；弗里曼和迈耶，1975）报告在13个患者中有11个都是长期成功的，其中包括几个专一的同性恋者。甚至两个恢复同性恋的人也已经发生了一些向异性恋的重大变化。这些同性恋者中有一个人让一个患有阴道痉挛的女人作为自己的第一个异性恋人（当然是一种能够对行为提供厌恶控制的环境），而另一个人被自己的老板邀请回到一种同性恋关系中。

两种行为疗法尤其证明对于改变性定向是成功的，这两种方法是厌恶条件作用（见第四章）和手淫条件作用。如同

对许多其他的障碍（例如酒精中毒）一样，只有当患者坚定明确地下决心改变时治疗才是有效的。手淫条件作用是指把幻想同性欲唤起（特别是同情欲高潮）配合起来以增加那种幻想的性爱涵义。该患者的主要手淫幻想决定着哪一种刺激具有日益增加的唤起涵义，因此也决定着该患者的性定向的方位。在性别再定向训练过程中，治疗者同患者一起工作以改变那种手淫幻想，这样也就促进了性定向的变化（迈耶和弗里曼，1977；雷德等，1979）。

象性偏差一样，各种改变认知过程和知觉过程的药物（例如，酒精）使用运动器官活动和心情是社会关心的焦点，偶然也是抑制的中心。这些药物使用模型，特别是那些导致障碍的药物使用模型，是下一章的主题。

待考察问题：社会与同性恋

尽管从同性恋向异性恋的变化很明显能够成功（而且反过来也可能是如此），但是关于治疗者是否应该鼓励或者甚至分享这样一种变化还存在着许多争论。戴维森（1976，1978）论证说，甚至对于强烈要求性别再定向训练的人来说，进行这种训练从道德上来看也是错误的。按照他的观点，在抑制同性恋时被扰乱的是社会，而治疗者应该努力改变社会。就一些在被焦虑和抑郁所压倒时毫不考虑地作出这样一种决定的人而言，戴维森的逻辑不可否认有价值。但是就所有的情况而言，必要的是澄清动机。不过，戴维森的主张并没有使治疗者或其他人相信（雷德，波特菲尔德和安德森1979）。与此相类似，斯特吉斯和亚当斯（1978）论证说，如同在心理学家提供婚姻咨询和治疗时一样，他们在许多不需要临床标记的情况下也介入了。斯特吉斯和亚当斯还认为，治疗者将一些实际上是政治观点的东西强加给别人是不道德的。

迈耶(1977)也指出诸如《Doe.V.CommonweaLth's Attorney forCity of Richmond(403V.S.Dist.ct. EVA. 1975)这样的最高法院决议促进了社会上的一种反同性恋态度。尽管这个决议本身没有把同性恋当作一种犯罪，但是它允许各州制定反对同性恋行为的法律，这样就巩固了那种认为同性恋具有内在危害的看法。某些治疗者可能感到被迫各自响应一种反同性恋的政治气候。然而，要求一些虽苦恼但却意识到了的患者等到这种气候变化或者要求他们改变或无视他们良心认为同性恋对于自己不恰当的信念都似乎是不道德的。

本章要点

1．尽管身体因素能够在男子和女子身上引起性心理唤起机能失调，但是有一些原因通常是心理上的。主要原因在于丧失同性行为自然过程的接触，这种原因被称之为"做旁观者"。

2．对性心理唤起机能失调的治疗包括外科手术，化学疗法，改进交流，感觉集中训练，心理疗法和手淫训练。

3．多数过早射精的患者都反映了焦虑，害怕亲昵和/或与缺乏控制性欲唤起感觉的经验相结合的高度唤起。由一个创伤性事件决定的焦虑是阴道痉挛最常见的原因。感觉集中和"压挤"法常常被用来治疗过早射精；分级导管和放松也适合于治疗阴道痉挛。

4．性障碍反映的是一个人的自我形象或同一性与他的实际结构性别之间一种基本冲突。虽然易性模型能够受激素和人体外表的影响，但是父母行为和条件作用因素看起来更重要。

5. 如果障碍模型没有牢固建立而且患者（或当患者是一个儿童时的父母）真正想要产生一种改变的话，那么通过心理疗法，具体的行为方法和/或家庭疗法来治疗一种性障碍通常是成功的。在一些障碍模型更确定的患者中，治疗通常包括与心理疗法一起使用的外科手术和激素治疗。

6. 性欲倒错是DSM-III中代表性偏差的词，它反映的是社会习俗和法律准则。

7. 在恋物癖中非生物是被用来作为刺激性欲唤起的始终受偏爱的方法。另一些性欲倒错有许多都是恋物癖的具体形式。例如，易装癖是指为了获得性欲唤起而穿异性的衣服，在这种癖好中，衣服具有一种物恋的功能。

8. 恋兽癖是指甚至在可以得到其他的发泄方法时也更喜欢使用动物来满足性欲。

9. 嗜童癖是指始终偏爱同儿童的性体验，它通常反映了性别和个人不适当的强烈感情。当这种不适当行为的目标指向一个作为近亲的儿童时，它就叫做乱伦。

10. 裸露癖和观淫癖是常见的性欲倒错，它们所表现出的累犯率很高。多数裸露癖者和观淫癖者对他们的对象没有造成任何实际危险。

11. 尽管同性恋传统上一直被认为是我们社会中的一种偏差和障碍，但是大多数专家现在却不同意这种看法。自我紧张异常同性恋这个词描述的是那些因内在的动机（而不是环境的约束）为自己的同性恋而不安的人。

第十二章　药物使用障碍

由于许多原因，药物在我们的文化中很流行。广告意味着任何难题都能够迅速得到解决，例如，吃一丸药，而且药材行业也为支持这种信念做了许多工作（赫尔曼，1981）。药材公司也通过在医学杂志上集中做广告从财政上提供了大量的支持。此外，患者还期望他们医生的某种个别反应（梅林格等，1978），而且许多医生都发现开处方要比解释问题和提供再保险更快且更容易。开处方就是清楚地向患者发出他们的时间已到的信号，从金融观点来看，开处方对于医生来说效率更高更能赚钱。而且对通常使用药物处方的支持有助于医生获得一种对保健行业施行政治和经济控制的重要方法（布莱克韦尔，1979；赫尔曼，1981）。

一个滥用药物的人对某一药物的选择可能取决于宣传工具的暴露，父母行为方式以及同伴副文化的影响。此外，药物中的某些性质本身也可以促使某些人去选用它们。威克勒（1970）曾提到过这些物质中可得到强化的一般类型：①酒精、镇静剂和抑制剂主要是减轻焦虑和释放抑制物；②鸦片剂和其他的麻醉剂可以减少侵犯行为、疼痛、性欲以及反复思考的消极幻想；③苯基丙胺和其他的刺激物可以减少愤怒、疲劳和抑郁，并增强运动神经的能动性；④幻觉剂可以加强幻想活动。

在提出这些诊断药物滥用和依赖的DSM-Ⅲ标准之后，我们将详细地阐述酒精中毒的原因以及对它的治疗。这个讨论可以作为多数药物滥用形式的模型。当我们讨论处方药物滥用、鸦片剂（海洛因）以及苯基丙胺时，我们将提到这些药物所特有的问题。对鸦片剂的讨论为一些作为生理抑制剂而起作用的药物提供了模型，对苯基丙胺的讨论也为一些作为生理刺激物的药物提供了模型。

第一节　DSM-Ⅲ：药物滥用和药物依赖的定义

DSM-Ⅲ在其药物使用诊断中不再使用吸毒成瘾这个传统术语了。它是用药物滥用和药物依赖这两个主要类型来诊断有关酒精和其他药物的一些问题。药物滥用是一种程度更低的障碍，它需要以下这些元素：

1. 对该种药物至少使用过1个月。

2. 由于使用药物而造成诸如法律困境（因喝醉酒而被逮捕）这样的复杂情况，或者是社会或职业问题（同家庭或丢失工作的厂家争论）。

3. 或是心理依赖或是一个使用药物的变态形式。心理依赖指的是使用一种药物的强迫欲望而且又不能抑制那种欲望。变态性使用药物主要是指一些连续失控的使用药物形式。

药物依赖不仅需要达到药物滥用的标准而且还需要具有

或是耐受性或是退却的附加因素。耐受性是指为了达到同样的效果而需要越来越多的这种药物。退却只是指随着该药物使用的减少出现了一种特定的综合症（最常见的是一套流感似的症状）。

第二节 酒精中毒

自从史前时代以来酒精一直被人们所使用——而且被滥用。蜂蜜酒是一种用蜂蜜生产的酒精饮料，大约在公元前8000年的旧石器时代人们就饮用它了。葡萄酒和啤酒至少早在公元前6400年就被饮用了。今天有一亿多美国人至少是非经常地在喝酒；每8个人中就有一个人将会具有严重的酗酒问题，即酒精中毒。就个人的不幸和社会的破坏而言，酒精滥用的花费是巨大的。嗜酒者的寿命大约比正常人的平均寿命短19年。有关酗酒的事故是15至25岁的青少年死亡的最主要原因，每年要夺去那个年龄范围内的近10000人的生命。在所有的交通死亡事故中至少有一半应该由具有严重酗酒问题的司机来负责，而且在所有的杀人和自杀事件中几乎有一半都把酗酒作为一个因素包含在内了。

这些统计数字甚至没有开始用数量表示作为嗜酒者个人生活特性的悲哀和堕落。这种日益增多的酗酒现象并不是仅仅美国存在。世界卫生组织(1979)报告喝酒以及与喝酒有关的障碍在多数国家都日益明显了，而且很少有人干预。

有几个DSM-Ⅲ类型表示了一些进一步使一个人对酒精依赖或滥用复杂化的有机因素。

酒精中毒是指当任何人喝得大醉时所出现的神经病学和心理学症状（例如模糊不清的言语，缺乏协调，不稳定的情绪）。当一个实际上曾很少喝酒的人——俗称“容易喝醉的人”表现出这些影响时，这种诊断就是特应性酒精中毒（变态性酒精中毒）。这样的人们常常害羞、举止很温和但是他们在这种影响下却可能变得自信并爱挑衅。

酒精退隐是一种常常应用于这样一种人的诊断，即他正在从一个几天或更长的饮酒期中退隐。胃病、肌肉震颤，诸如血压升高这样的自主神经系统活动过度的症状以及焦虑和短暂的幻觉都是常见的。如果这种幻觉继续存在，那么对这种最罕见的酒精中毒幻觉病障碍的诊断就是恰当的。在连续滥用5年或更长时间酒精之后停止使用酒精可能会引起酒精退隐发狂（震颤性谵妄），通常称作DT。谵妄是一种严重的机质性障碍（见第十四章），其标志是常常伴随着视觉或听觉幻觉出现的混乱和迷惑。自主神经系统活动过度在这样的病症中也常见。在停止使用酒精的人中出现震颤性谵妄的还不到5%；期望促进了它的出现。

沃尼克综合症是一种以混乱、运动失调和眼肌瘫痪为标志的神经病，它反映了缺乏维生素B，而且对大剂量药物治疗有反应。嗜酒者通常的不适当饮食可能是一个主要的因素。不过，现在众所周知，大量的消耗酒精就破坏了维生物的吸收，因此，甚至在饮食适当时这种障碍也能够出现。如果不治疗，沃尼克综合症就会发展为酒精健忘综合症（传统上叫做科萨柯夫综合症），这种综合症很少对治疗有反应（森特沃尔和克里奎，1978）。不可改变地缺乏特定的记忆

力通常是多年酗酒的结果，因此这种现象在35岁以下的人中间很少出现。

最后一个DSM-Ⅲ子类是与酒精中毒相联系的痴呆。这种障碍是记忆和知觉中的一些问题，虽然这些问题在惯常的嗜酒者中很常见，但是它们通常只有通过复杂的心理测验方法才能被揭示出来（见第三章和第十四章）。酒精和不适当的饮食都是痴呆导致的因素。由于技能常常受到的影响很微小，所以人们就因此而否认这种有害的影响。我们听说过这样一个人，虽然他多年来一直是个惯常的嗜酒者，但是他还继续酗酒并且明确否认他酗酒对自己有过消极影响。他在一次具有几个明显很简单的要求的心理测验（本顿视觉保持测验）中的表现粉碎了这种否定。他首先被要求画一个放在他面前的图案，他画得很好。然而，当接着在还没有重画这个图案就把所有的暗示都移开之后让他等10秒钟时，他甚至不知道怎样开始画这个图案。当他认识到他对酒精的依赖已经多么深刻地影响了自己的机能时他失声痛哭并且极度地抽噎起来。

一、酒精的影响

酒精不能被消化。它是通过胃壁和肠壁被吸收的，后来它又通过氧化作用分解，主要是在肝中(塞克萨斯，1981)。在氧化过程中，酒精首先变成乙醛，然后变成醋酸（醋），最后变成二氧化碳和水，二氧化碳和水都可以从人体中排出。因为肝每小时只能够分解大约一盎司一百度的威士忌酒

或它的等量物，所以任何超额量都继续留在血流中并影响大脑。当大脑受到影响时，就出现了酒精中毒。

从药理学上来说，酒精充当着一种镇静药，它先抑制脑高位中枢的功能，然后再抑制脑低位中枢的功能。当通常受潜意识抑制的行为倾向不再受抑制时公开行为就失去了抑制。这种对外部行为的释放影响就是导致那种认为酒精是一种兴奋剂的错误信念的因素。

由于酒精的不断吸入，所以就丧失了更复杂的知觉和认知功能，结果就妨碍了甚至很简单的记忆和知觉过程以及运动协调（塞克萨斯，1981）。这种影响部分取决于该患者是正处在喝醉过程中还是正清醒着。那些喝得烂醉的人的短期记忆和知觉比那些具有同样酒精血液度的清醒者更糟。

丧失抑制似乎还受这样一种信念的限制，即人们已经消耗了酒精。象艾伦·马拉特和特伦斯·威尔森这样一些研究者已经证实这种信念常常要比是否酒精实际上已被吸收重要得多。在一项研究中（兰·戈克纳，艾德索和马拉特，1975），有一半受试者被致使相信自己将喝的是酒（伏特加酒和补剂）；而另一半受试者却相信自己喝的只是奎宁水。在每一组中有一半受试者实际得到的是酒而另一半得到的是补剂。喝完后，试验者的一个助手故意对一半受试者挑衅并侮辱他们，另一半受试者在从事中立的互动。于是试验者就通过把每一个受试者安置在一个改变对另一个受试者所施行的电震的持续时间和强度的“教师”角色中来测量所有受试者的侵犯性，据说对另一个受试者施行电震是为了改变他的行为。这项试验表明所表现侵犯行为数量的唯一重要的决

定因素是受试者相信自己已经消耗了酒精的信念，而不是他们的实际消耗；因为那些认为自己喝过酒的人更具有侵犯性。酒精吸入确实增加了这种作用，但是信念因素更重要（蔡克纳和比希，1979）。

类似的试验已经表明，那种认为酒精已经被消耗了的信念从心理上促进了男女的性欲唤起（布里德尔等，1978；艾布拉姆斯和威森，1979；兰斯基和威尔森，1981）。实际上，对于多数女子来说某种酒确实可以引起生理唤起，但是它却从生理上抑制了男子的唤起，而且长期酗酒能够导致连续的性心理唤起机能失调（见第十一章）（斯奈德和卡拉肯，1981）。因此，对于男子来说，莎士比亚的戏剧中麦克佩斯的这样一句话特别恰当："虽然酒引起了欲望，但是它却夺走了行为。"

如同在科萨柯夫综合症和痴呆的病例中已经提到的那样，长期酗酒将会导致脑机能失调。希尔和迈克尔（1979）已经在嗜酒者中发现脑萎缩而且在长期的酒精和海洛因使用

溃疡、心血管问题以及怀孕嗜酒者胎儿变态的已增加的可能性也常常伴随着酒精依赖性。

二、依赖酒精的阶段

对酒精的依赖通常是按阶段发展的。下列行为和症状的顺序并不必然是不可避免的。例如，许多所谓的社交饮酒者从不进入第二阶段成为嗜酒者。不过，这种进程很常见。

1．嗜酒前阶段：①社交饮酒和周末偶然的一次酗酒是主要的症状。②饮酒的耐量和次数增加，通常是缓慢地增加。③喝酒主要是作为一种逃避焦虑、轻度抑郁或厌烦的手段。

2．开始酗酒阶段：①耐量、次数以及滥用增加。②每一口喝的更多；常常有一种向烈性酒的转变。③随着因喝酒模式而丧失自尊心，抑郁也增加了。④出现偶然的眩晕。

3．惯常阶段：①真正的失控模式（例如整天喝酒以及使用所有的酒源）突出。②不适当的营养影响器官活动和身体健康。③出现受破坏的思维和幻觉的症状而且开始震颤。

三、病原学

生理学理论：疾病模型

几乎在两个世纪以前，爱丁堡医生托马斯·特罗特就说过喝醉酒是一种疾病。从那时以来，许多理论家都断言导致酒精中毒的是遗传障碍（古德温等，1979）而且对一种单独的最终生理学原因的探索一直在继续并增加着。

诸如杰利内克（1960）这样的一些理论家在20世纪50年

代特别促进了这个酒精中毒的疾病模型，现在这个模型在酒精中毒的法律、医学以及非专业性定义中都广泛被接受了。这个疾病模型强调的是酒精滥用的生理学影响而且含蓄地（有时是明确地）故意贬低选择和心理依赖的作用。在酒精中毒的疾病模型中有两个基本的假定。第一个是说由于一种迄今未知的身体或心理故障，嗜酒者不能控制自己的酒精摄取。第二个假定是第一个假定的逻辑推论，尽管嗜酒者可以节制，但是他们不喝酒便罢，只要一喝酒就必定喝到酒精中毒为止。

控制良好的古德温研究表明至少有一少部分嗜酒者具有一种酗酒的遗传素质。另一项研究已表明长期酗酒的人最终以不同的方式开始使酒精在肝中产生代谢变化：因为他们比正常的社交饮酒者表现出更高的乙醛水平（塞克萨斯，1981）。这个研究结果与疾病模型是一致的。然而却很少有证据表明这种变化直到这个顺序的晚期才发生，也没有任何证据表明更高的乙醛水平迫使进一步饮酒。实际上，高乙醛水平是对二硫化双治疗控制的一个方面，我们不久就要讨论这个问题。此外，有些研究者主张如果陷得不深有些嗜酒者能够通过自律或治疗恢复到适度的社交饮酒上来（洛维邦德和卡迪，1970；布兰兹马，1979）。不过，另一些研究者却怀疑这个主张。

酒精中毒的疾病概念具有消除数世纪来酒精所具有的邪恶含义的优点。但是它还用一个患者角色的被动性取代了对“邪恶”标记所指的完全自变的要求。最后，如同伯蒂内蒂（1980）曾指出的，酒精中毒的大多数变量并不是起源于遗

传或其他的生物机能障碍。多数身体症状是结果而不是原因。

心理学理论

弗洛伊德把嗜酒者视为被固定在口唇依赖阶段（沃姆塞，1981）。这个理论具有某种表面信度，因为酒精是用口唇摄取的而且多数嗜酒者烟瘾也很大。不过，就象对心理动力学理论的其他许多方面一样，几乎没有确凿的证据来证实这个主张。心理动力学理论家也说过，在某种程度上是开玩笑地说，超我正好在酒精中溶解了（沃姆塞，1981）。这个观点完全符合生理学概念；即通过抑制高位脑中枢，酒精使受伊特支配的低位脑中枢的兴奋波活动起来。

另一些心理动力学理论家断言，对依赖关系的矛盾心理与变态自恋联系在一起就构成了酒精中毒的一个主要原因（亚当斯，1978）。为了证实这个观点，奥福特（1976）提供证据表明，男性嗜酒者把自己的妻子看得比她们自己所认

的生理抑制作用对于多数人都具有强化作用。结果嗜酒者就比其他人更经常而且/或更热切地需要达到这种被改变的意识状态。不过，这些人为什么会产生这种需要仍不清楚。

有这样一种可能性，即嗜酒者比正常人更冲动而且酒精完全使他们失控。在对嗜酒者的研究中，纳瓦诺（1976）发现大部分嗜酒者都表现出一种普遍的冲动障碍；即在多数人能够拖延报偿以便获得更大的但却是被拖延的报偿的情况下，嗜酒者倾向于寻找那种虽是更小的但却是即时的报偿。

但是纳瓦诺还强调种种途径都能够导致酒精中毒。另外，在他研究中的一些更小的嗜酒者次团体却没有表现出缺乏冲动控制。例如，有一个次团体在人际关系上就很被动孤立（精神分裂症病样患者——见第十三章）。另一个次团体表现了一种持续的高度侵犯性和焦虑；该团体中的人喜欢别人的关心，但却不喜欢团体成员的责任或关心别人的责任。他们的特性与前面提到的亚当斯（1978）自恋理论中的特性是一致的。

琼斯（1971）发现男性嗜酒者易冲动，而女性嗜酒者更可能是被动的而且回避社交。在她对嗜酒者的抽样中还有很多这样的人，即他们的家庭背景或是以酗酒为特征或是以完全禁酒为特征。

如同在其他障碍中一样，模仿起着重要的作用（索贝尔等，1982）；实际上，模仿象遗传理论一样合理地说明了嗜酒儿童中更高比率酗酒的原因。实验室研究已经表明模仿还可以强烈影响一个人的酒量（考迪尔和马拉特，1975）。行为强化的概念对于嗜酒者就象对于正常饮酒者一样重要。酒精

允许一个人回避焦虑、抑郁、内疚、自责感以及其他的消极情感反应。不幸的是，这种作用是短暂的，而且喝酒实际上可以增加一个人的焦虑程度和/或内疚（内森等，1979）。最初，嗜酒者由于酒精的短期强化作用而不断地喝酒（马修等，1979）。随着耐量的增加，这个人就需要更多的酒来获得这种作用；家庭和朋友的支持遭到侵蚀，这就造成了更多的焦虑和抑郁；这种消极的循环就成为自我永存的了。这种循环不仅是酒精中毒的特点而且也是多数其他药物滥用型式的特征。

跨文化变态：酒精中毒的跨文化问题

在不同的文化中对于所消耗的酒精数量存在着广泛的分歧（格思里和坦科，1980；Tseng和Hsu，1980；塞克萨斯，1981）。法国和意大利在每年人均消耗酒量上无疑是居首位的，法国每年人均6.56加伦；意大利每年人均4.10加伦；芬兰、冰岛和以色列的耗酒比率最低，每年人均约1加伦。

有些国家，例如，爱尔兰、美国和日本，相对于它们总的耗酒量来说所表现出的失控率和连续酗酒率高于平均数。人们都普遍认为这些国家既具有一种高比率的文化变迁（从传统风俗和价值观向现代风俗和价值观的运动）也很少有包括喝酒的仪式。同样重要的是，那些实际存在的仪式（例如爱尔兰的葬礼守灵和美国的除夕）常常引起失控的饮酒（沃林等，1979）。相比之下，犹太习俗和意大利习俗就把喝酒并入它们的宗教仪式和就餐仪式中。在这些文化中很少有人模仿失控的饮酒，这样就导致了很低的酒精滥用率。

有些理论家断言各个文化团体可能在它们对酒精的实际生物灵敏度上有差异（尤因等，1979）。不过，在副文化内的广泛变动，说

明这至多是一个较次要的因素。例如，传统上人们曾假定诸如那伐鹤人这样的土著美国人比美国白人表现的酗酒率高得多。然而，这种明显差异的一个原因可能仅仅在于那伐鹤人是以一种更明显的方式喝酒和对酒精起反应，于是他们的行为就被解释成实现了陈规。此外，还有些证据说明肝硬化引起的死亡率（嗜酒型式的一种常见结局）在那伐鹤人中同白人中大致相同（格思里和坦科，1980）。

四、治 疗

嗜酒者互诫协会

近年来酗酒的主要治疗方式一直是嗜酒者互诫协会（A.A），它是比尔·威尔逊和B大夫这两个恢复的嗜酒者于1935年建立的。嗜酒者互诫协会虽然明确承认疾病模型但却试图拒绝“病人角色”，当然这种试图并非总是成功的。该组织对恢复的嗜酒者完全戒酒的要求通常有助于使当事人在其余生中受嗜酒者互诫协会的约束。

嗜酒者互诫协会的4个组成部分对帮助人们克服酗酒似乎特别有用：①他们清楚地自称需要帮助的要求；②嗜酒者互诫协会集会的类似团体疗法的结构；③响应生命转换期的一致仪式的可用性；④同非饮酒人的广泛社会接触的机会（布兰兹马，1979；马修等，1979；沃林等，1979）。

无疑，嗜酒者互诫协会对于某些嗜酒者次团体一直很有效，尤其是对于那些具有团体依赖性并且处在酒精中毒的惯常阶段的人更有效。然而，嗜酒者互诫协会的成功率并不象该组织常常所声称的那样高（布兰兹马，1979）。理由之一是因为嗜酒者互诫协会通常没有把那些发现集会对他们无用

并最终离开的人包括在内。

除了它的有偏见的最终证据和它信奉对那个要求所有恢复的嗜酒者完全戒酒的公理之外，有些人还批评了嗜酒者互诫协会的宗教原教旨主义。然而，尽管嗜酒者互诫协会具有这些局限性，但是它对于大量的嗜酒者仍然是一种有效的方法。

厌恶疗法

一对年轻夫妇和一个朋友在他们星期六看完日场电影回家的路上，在一个酒菜馆停下喝酒，一会儿之后，这对夫妇就出现类似的症状：手臂发抖，双手肿胀，脸和脖子通红，金属余味，心跳过速，然后严重地恶心和呕吐。由于那个朋友只喝了软饮料，所以他没有经受任何症状并且开车把他们送到一家医院，在医院他们告诉值班医生自己喝了烈性伏特加。

幸亏那个值班医生问他们最近几天都吃过什么。所有3个朋友在头天晚上共进了一顿包括刚采的鲜蘑菇在内的晚餐。这些蘑菇多数都是一种叫做黑菌盖的常见蘑菇科，因为当它们被摘下时就逐渐溶解成一种黑色的液体。这些蘑菇含有Coprine它同酒精相互作用就产生了那对夫妇所遭受的症状。

有一种类似的药物叫二硫龙（二硫化双），嗜酒者常常服用这种药物以致如果他们喝酒他们就遭受同样的不良症状。二硫龙和Coprine都具有一种使铜凝固的化学结构，铜是一种对于使酒精解毒的肝内必不可少的痕量无机物。如果得不到铜，乙醇断裂就在乙醛阶段被终止。这种过量的乙醛

通过自主神经系统的反应就产生那对夫妇所遭受的症状（林科夫和米切尔，1977）。

有一个时期二硫化双曾被推崇为被期待已久的治疗嗜酒者的药物。治疗者根据那种认为痛苦反应的前景将会使嗜酒者戒酒的设想，每天给嗜酒者开一丸药（有效期24到48小时）。这种方法也存在一些问题。第一，有些人对二硫化双无反应。第二，那些想喝酒的人完全停止服用二硫化双并开始喝酒。第三，因为嗜酒者易于长期否认自己的问题，所以他们多数人几天后就停止服药，这样就使这些药在嗜酒者凭冲动去喝酒时无防御作用了。即使通过手术移植一个定期释放的二硫化双胶囊也不能消除这些问题。无论如何，有些嗜酒者将会继续喝酒，而且在服用二硫化双的同时严重酗酒具有类似于药物过量的致命危险。

另一些厌恶疗法也曾被用来治疗酒精中毒。有一种方法可以使电休克与某些具体的饮酒行为配合，例如拿起酒呷一口（索贝尔等，1982）。虽然这种方法有助于抑制嗜酒者的某些行为，但是它却很少在治疗环境之外推广。不过，它作为多重模型治疗的一部分是有益的。

多重模型治疗方法

酒精中毒是由个人的病症所特有的许多变量产生和维持的，这些变量包括焦虑、抑郁、或社会恐怖症。这些因素需要治疗，在其他方面也包含有已经证明有助于治疗这些障碍的各种方法。对于多数嗜酒者共有问题来说，有几种方法能够被用于各种结合体，这些方法要根据个别的患者而定（布兰兹马，1979；索贝尔等，1982）。

1. 解毒。许多嗜酒者需要一个住院治疗的开始阶段来"干酒"。这样就允许他们的系统再调整到缺酒，而且医院的监督也控制着恢复喝酒的冲动。

2. 二硫化双。二硫化双有助于那些虽想改变但又易于屈服于暂时的喝酒冲动的嗜酒者。如前所述，它作为单独的或主要的治疗方法很少有用。

3. 厌恶疗法。厌恶疗法能够有助于控制患者特有的成问题的行为。

4. 生物反馈。正如过度肥胖的人通常意识不到自己吃多少而且吃多快一样，嗜酒者常常比正常人更不能判断自己的血液酒精水平。血液酒精水平的生物反馈有助于教嗜酒者辨别自己喝醉程度的暗示（洛维邦德和卡迪，1970）。

5. 嗜酒者互诫协会。加入嗜酒者互诫协会或类似的团体可以提供前面所提到的那些好处，特别是可以提供始终与非饮酒者交往的机会（马修等，1979）。但是当嗜酒者一直是被迫进行治疗时，嗜酒者互诫协会就比其他方法更无效（布兰兹马，1979）。

6. 家庭和/或婚姻疗法（见第十七章）。因为酗酒严重地破坏了家庭生活，所以恢复这些被破坏的关系的家庭和/或婚姻疗法是必要的。这样的治疗不仅有助于提供所有从情绪障碍中恢复的人所必需的支持环境，它还有助于减少或消除夫妻或家庭对酗酒的任何无意识强化（奇克和米勒，1981）。

7. 心理疗法。嗜酒者常常经受冲突、焦虑和自尊心问题。对于这些障碍来说，种种心理疗法（例如，理性情绪疗法或传统的顿悟疗法）都能够有帮助（布兰兹马，1979；

伯蒂内蒂，1980）。布兰兹马发现接受其中任何一种治疗的人比那些只接受标准管理的人具有更高的恢复率，尽管他们在诊断后12个月的定期复查中倾向于复发。因此，长期监视和治疗甚至在嗜酒者看来已恢复的时候也可能是必要的。因为嗜酒者很可能对自己的酒精摄取提供歪曲的报告，所以，从诸如家庭成员这样的间接的提供信息者那里获得可能复发的信息也很重要。

五、预 防

一旦嗜酒模式被建立，成功治疗酗酒的困难就表明了预防的巨大价值。我们推荐以下几个符合任何预防努力的步骤：

1. 如果儿童在后来的生活中允许喝酒，相对早一点把喝酒介绍给他们，当然要适度地。

2. 把喝酒同食物结合起来并且开始只允许在特殊场合喝酒。

3. 提供一个一致的低到中等的饮酒模式，并且饮用诸如啤酒和葡萄酒这样一些低酒精含量的饮料而不是烈性酒。

4. 决不能把喝酒行为同证明达到成年或其他的身分证明联系在一起。

5. 把过量的饮酒行为称为是愚蠢不得体的而不是时髦的和“沉着的”。

6. 把那些有酗酒问题的人们的求助行为称之为力量的证明而不是软弱的证明。

7. 鼓励社区的酗酒教育计划和诸如在某些环境或年龄

组中限制饮酒的公共卫生措施。

第三节　多重药物滥用

E先生的个案

E先生于1977年8月死于明显的心脏病突发。尸体解剖证实了一种被报告的长期滥用多重药物的模型，长期滥用多重药物可能大大促进这次心脏病突发。多数药物都是通过处方获得的。E先生的血液和组织都被发现含有中毒程度的安眠酮，比治疗所需多10倍的可待因以及至少10种其他药物的剩余量。这些药物包括安定，巴比妥酸盐和各种兴奋剂及鸦片剂。

E先生——埃尔维斯·普雷斯利——作为例子说明了一个我们社会中日益明显的模型：多重药物滥用。假定社会普遍接受多重药物的使用（见附栏及处方药物滥用那一节中的一览表）并且在许多青少年伙伴的副文化中强调娱乐性的药物使用，那么这个模型就不使人惊奇了。多重药物滥用者在他们的滥用模型中可能包括处方的药物。除了这些滥用者通常更年轻（多数是青少年）而且具有更严重的心理障碍之外，其动机和治疗通常类似于酗酒的动机和治疗（索贝尔等，1982）。因此治疗要适合患者的年龄、障碍程度以及有关的主要药物的具体特征。

在当今的美国，对药物的滥用和依赖，特别是对处方药物的滥用和依赖，作为最成问题的药物使用障碍比得上酗酒。本章剩下的内容将讨论对处方和非处方药物的成瘾和滥用。

第四节 处方药物滥用

我们的文化具有一个悠久的精细使用法律上可用药物的历史，这些药有许多只有通过处方才可得到。1914年以前，大部分美国人都在药理学和心理学上依赖法律上可得到的专买药，这些药物的主要成分是鸦片化合物，吗啡（鸦片的一种衍生物）、海洛因（一种半合成的麻醉剂）和巴比妥酸盐，它们通常与酒精结合起来出售。1914年的哈里森药物条例突然使这些化合物的绝大多数成为非法不可用的，通过处方的除外。

以下几个因素促进了美国的处方药物滥用：①强调大规模使用药物的文化传统；②药材公司加强向医生推销药物；③只要通过处方就可得到许多改变情绪的药物；④在文化上坚定地接受多数障碍能够通过一丸药这样的速效疗法来医治的看法（布莱克韦尔，1979；沃姆塞，1981）。另一个加强处方药物滥用的因素是医生的行为从一种个人方法向生产线方法的转变，这样就伴随着出现了把处方当作治疗、安慰剂、镇静剂以及疗程结束暗示来使用的现象。这种变化无疑增加了每天医生-患者接触的次数。梅林杰等人（1978）发现如果具有定义不当症状的患者（大约占多数家庭医生的患者的70%）的家庭医生给他们提供注意和讨论的时间并且告诉他们基本上是健康的而不需要任何药的话，那么他们就可以同样受益。1972年，一个医生每次出诊期间的平均会诊时间

是17分钟（乔卡，1979）；当今的会诊时间更少。

药材公司，医生以及患者都必须为处方药物滥用和依赖共同感到耻辱。布莱克韦尔（1979）注意到多年来美国每年医开的苯甲二氮草片有20多亿片（苯甲二氮草只是苯并二氮杂草，药族中的一种）。来自种种信息源（包括乔卡，1979；伯蒂内蒂，1980；赫尔曼，1981）的证据都直接涉及这的问题。

1. 每24到36小时，在美国所有的成人中有50%到70%个人至少吃一种被医疗处方的药物。

2. 有5000多种药可以通过处方得到（因此，医生因信息而对药物售货员的依赖就是可理解的了）。

3. 最近15年来，药材业的利润（作为销售额和净值的百分比）在国家证券交易中超过了多数其他制造业的利润。

4. 在所有的电视广告中至少有20%是药物广告（包括酒精、咖啡因和尼古丁）。较大的药行把它们年销售额的15%到30%安排用来作广告，几乎比非药物制造业的正常广告开支多10倍。

5. 1973年，《美国医疗协会杂志》几乎有5000页药物广告，而且从那时起那个数量一直保持如此。在美国医疗协会杂志上的药物广告通常至少提供该协会年收入的20%。

6. 1973年，美国医疗协会几乎把其退休金的40%都投资在与药物有关的公司股票上了，这个趋势继续普遍存在。

7. 药材公司在推销金中每年在每一个美国医生身上平均花费3000美元来补偿免费药物、办公设备、主办讨论会和假期旅行，“公正的”教育盒式磁带和扬声器以及办公项目。

一、小镇静剂

苯甲二氮草是当今美国最常开的药。象所有的苯并二氮杂草一样，它促使肌肉放松并减少焦虑。其典型的副作用是皮疹、恶心和破坏性机能。氨基甲酸酯镇静药粉是于1954年开始使用的，其功能类似于苯并二氮杂草，但是其化学性质和结构不同，它通常在长期服用后产生一种更严重的退隐。与传统上认为许多小镇静剂很少有成瘾潜势的假定相反，所有小镇静剂都容易产生心理依赖性（赫尔曼，1981）。

不专门研究心理问题的医生很可能低估这种潜势（沃姆塞，1981）。然而，90％以上的改变情绪的药处方都是由这些医生发的，大多数是发给妇女。为了减少退隐的焦虑和不安，医生还常常给嗜酒者开苯并二氮杂二草。不过，舒基特和莫里西（1979）在研究对嗜酒妇女的大量抽样中发现有1/3的人滥用为他们的障碍所开的镇静剂。

至于为酒精问题开苯并2氮杂草，还存在着3种其他的危险：①对苯并二氮杂草和酒精的潜在依赖性；②苯并二氮杂草对酒精的协作作用——即当它们一起滥用时各自所增加的效力——如果它们一起被滥用这种协作作用就增加了大剂量服药的死亡危险性；③在那些对苯并2氮杂草血液过敏的人们身上的一种心理反应的危险。这最后一种危险表明治疗者

在开苯并乙氮杂䓬之前应该进行血液化学分析。

二、巴比妥酸盐

巴比妥酸盐是另一种始终被滥用的药物。尽管它传统上被认为是镇静剂，但是它实际上是作为止痛药和催眠药而起作用的。最初的巴比妥酸盐是于1903年被采用的；从那时以来，巴比妥酸盐就一直被用来催眠，以及使不安的（不是活动过度的）儿童镇静。

象小镇静剂一样，巴比妥酸盐可以迅速产生依赖性。它们还可以产生一种类似于酒精退隐综合症的退隐综合症，但是它们常常更强烈。它们常常具有药物过量的含义。致命的一剂药通常却比服用者能够忍耐的那剂药多10倍。医生已经更加认识到巴比妥酸盐的危险，所以药材公司也正在推销另外一些（更新而且更昂贵的）化合物。因而，对巴比妥酸盐的正当使用在最近10年中已经减少了。然而，巴比妥酸盐滥用当今在35到55岁的人们中间却很常见（伯蒂内蒂，1980）而且在青少年中也正日益流行起来。

专栏：常被滥用的药物

下表说明的是美国从1976年5月至1977年4月的一年中或是通过处方或是非法获得改变情绪的药物量。这些数据是由国家药物滥用协会(NIDA)和国家药物滥用协会的处方审计收集的（伯蒂内蒂，1980）。尽管个别药物的流行有所增加或减少，但是总的药物使用率今天可能同样高或甚至更高（赫尔曼，1981）。因此，尽管作为更多的联邦和州控制的结果苯基丙胺的处方滥用率现在可能较低，但是可卡因、麻醉剂以及大麻的使用者可能更多了。

麻醉剂——552000名使用者；2345000个处方/处方再配

止痛药——34000000个处方/处方再配

巴比妥酸盐和有关的镇静药——1060000名使用者；19416000个处方/处方再配

小镇静剂——1360000名使用者；98495000个处方/处方再配

大镇静剂——11936000个处方/处方再配

吸入剂——375000名使用者

苯基丙胺/兴奋剂——1780000名使用者；5500000个处方/处方再配

可卡因——1640000名使用者

印度大麻草——16210000名使用者

尼古丁——64570000名使用者

幻觉剂——7140000名使用者

在美国咖啡因的使用程度是不可能测定的，因为它是咖啡、茶叶、多数软饮料以及许多合法的药物中的许多成分。据估计，每年每个成人仅咖啡的消耗量就达16磅。

三、苯基丙胺（安非他明）

另一族常用的处方药物是苯基丙胺。虽然它最初是于1887年合成的，但是直到1931年治疗鼻充血的安非他明吸入器在市场上出售时它才开始广泛地被使用(摩根，1981)。在此以前的数十年来，一种自然出现的苯基丙胺曾一直被用来减轻气喘病并且用来作为一种兴奋剂，这种自然出现的苯基丙胺叫做麻黄素，它是一种从荒芜的灌木中派生出的被离析的生物碱。如同韦尔（1972）所提到的，一旦一种药被离析并合成，它就特别有可能被滥用。

第二次世界大战期间，苯基丙胺在美国军人中曾被用来抗疲劳，而且日本人也用它们来帮助神风队飞行员去完成他们的自杀性使命。战后日本也短期大量地使用过苯基丙胺。在日本大规模的社会和经济重建期间，苯基丙胺的广告包括诸如“摆脱懈怠，生气勃勃”这样的一些口号。随着社会重建的即将完成，民意便反对过量使用苯基丙胺，所以这个问题就减少了。有点儿令人啼笑皆非的是，苯基丙胺常常被用来治疗活动过度的儿童。它们的刺激作用被认为在一些通常看来抑制过度行为的脑中枢中导致兴奋。学生、卡车司机和运动员常常利用苯基丙胺来抗疲劳。

苯基丙胺在有些人身上产生欣快症，而在另一些人身上却产生烦躁和焦虑。饮食控制的最初药方常常是依赖性的第一步。那些产生滥用模型的人将这些很正常的初始模型（例如饮食辅助物或一种额外的能源）同一种对寻求刺激的反常需要（见第十三章）或不能妥善处理潜在的抑郁感和不适当感的无能结合起来。从象征意义来说，当事人是在说：“我很强壮，不脆弱”（奎伊，1965；朱克曼等，1980；沃姆塞，1981）。因为对苯基丙胺的耐受性和心理依赖性增加得很快，所以滥用苯基丙胺的人们就迅速增加了他们的吸入量（摩根，1981）。这个模型的继续可以导致闹饮作乐，接着就导致了精神崩溃，这时疲劳出现了而且当事人需要睡几天觉。这种“超速行驶”的继续在停止使用这种药物之后就造成了一些可能持续一段时间的妄想狂症状和精神病症状。

中枢神经兴奋剂是苯基丙胺的更有效力的形式，它更危险（摩根，1981）。因为它们很便宜而且容易获得，所以它们

常常被包括在街源药物，特别是街道麦角酸二乙基酰酸之中。

对滥用苯基丙胺的治疗通常包括三环抗抑制剂（见第十章），滥用者通常服用一至三个星期以避免因突然停止使用兴奋剂而引起的精神崩溃（摩根，1981）。为了减轻患者的潜在抑郁，这个方法可以不断地使用；然而，对抑郁的心理治疗比用一种化学药品依赖形式取代另一种化学药品依赖形式更可取。某些兴奋剂滥用者可能需要被教着或指导着使用一些妥善处理肥胖症和/或额外刺激需要的更恰当方法（见第十三章）。

第五节 非处方药物滥用

一、可卡因

过去阿兹台克人曾咀嚼古柯叶，今天在秘鲁和玻利维亚至少有400万人仍然在使用古柯叶。可卡因这种生物碱就是由古柯叶衍生出的（范戴克，1981）。1860年当吉德克和尼米安发现可卡因对于减轻痛苦的有效性时，可卡因这种近年的流行药物才第一次为人们所重视。可卡因是一种兴奋剂，而且在有些人身上它提供了一种欣快感。

诸如西格蒙德·弗洛伊德、约翰·菲利浦·苏泽以及柯南·道尔小说中的人物谢洛克·福尔摩斯这样的各种名人都赞颂过可卡因。19世纪晚期，亚特兰大的一个药剂师约翰·彭伯顿将可卡因、糖以及古柯果汁结合在一起生产可口可乐，

所以"可口"这个缩写的商标并非是不准确的，实际上它曾经是"实物"。由于1906年的洁净食物和药物法令禁止使用可卡因，所以咖啡因现在就成为这种饮料的主要刺激成分。

被提炼的可卡因只要一点儿就可以被嗅出或同海洛因或吗啡（一种掺海洛因或吗啡等的可卡因）一起可以用口尝出（范戴克，1981）。多数被当做可卡因的东西都不是纯（"游离基质"）可卡因，而是可卡因盐酸盐，即一种按重量计算约含85%可卡因的盐。人们有时用口吸纯可卡因，这是一种比用鼻子吸更危险的心理生理学过程。

直到20世纪30年代为止，可卡因仍然是一种优惠的药物，因为当时人们可以得到更便宜而且效力持续更长的苯基丙胺。认识到使用苯基丙胺的消极副作用和可卡因的低耐性和退隐特性就把可卡因带回到一个高使用水平上。

二、大麻和衍生物

中国皇帝神农于公元前2737年写了一部叫做《本草》的药理学课本。在这本书中，他把一种大麻的提取物描述为"快乐给予物"。从其中提取这种"快乐给予物"的植物一般被称之为大麻，自20世纪60年代以来它一直是美国文化的一个重要组成部分。

人们通常抽大麻，在抽大麻的过程中，只有50%的积极成分——四氢大麻粉被吸入了。在大剂量使用时，四氢大麻粉很象麦角酸二乙基酰酸也具有引起幻觉的性能。印度大麻是大麻的一种浓衍生物，它是通过将大麻植物的天然树脂组成一个薄块而生产出的。大麻的效力退化得很快，为了阻止

这个过程，大麻必须被冷藏起来。然而，甚至在它的实际效力最小的时候，大麻也具有一种强烈的在文化上被引起的安慰剂作用（迈耶，1972）。

最近，美国民众可以得到的大麻效力一直在激增；现在的大麻效力大约是20世纪70年代中期多数买者可得到的大麻效力的5倍。结果，它的影响对于幼稚的受试者就更大，而且现在比过去可能会出现更大的依赖性。经调查表明同1974年的55%，1969年的32%以及1967年的5%相比较，1981年至少有80%的大学生吸过大麻。唯一相反的趋势是许多学生似乎正在放弃大麻而转回到酒精上。

大麻衍生物象酒精一样在肝中产生代谢变化。主要的生理结果是被降低的血压，变红的眼圈肌肤以及干燥的口腔（迈耶，1982）。标准药量在脑生理结构中产生的变化较小而且它比用类似剂量的酒精对肌肉控制的破坏要少。

在老练的使用者身上所产生的生理结果是困倦和适度的欣快以及更易受暗示影响，通常困倦和欣快要持续1至3个小时。还没有什么证据表明适度地使用大麻结果会直接产生心理障碍。大麻及其衍生物一直被用来有效地控制绿内障和减少癌症患者的痛苦。

三、鸦 片 剂

考古学家和历史学家认为，最早使用可提制鸦片的罂粟的人是小亚细亚西部山区新石器时代的原始农民。来自已有6000年历史的萨默里安文化的粘土碑把鸦片称作“欢乐的植物”（伯蒂内蒂，1980）。罗马医生盖伦用它来治疗癫痫、

蛇咬、忧郁症以及实际上任何他能够想到的其他障碍。鸦片剂以人体对痛苦的自然反应的形象呈现。当出现严重的身体创伤时，丘脑下部和脑垂体腺的细胞就释放一些叫做内啡呔的肽激素，这些激素附在造成痛苦的细胞表面。而且象鸦片一样抑制着疼觉（西蒙，1981）。

有三件事刺激了鸦片在西方欧洲文化中的使用。第一件是19世纪初吗啡的离析，大约50年后亚历山大·伍德又接着完善了一种更有效的用药方法——安上针头的皮下注射器。由于吗啡的效力比鸦片大10倍，所以它很快就作为一种止痛药流行起来(伯蒂内蒂，1980)，而且被包括在许多患者的内服药中。第二件事发生在接近19世纪末，它是指莱特发现了海洛因，海洛因是一种半合成的鸦片。正如另一种成瘾药阿米酮现在被用来治疗海洛因成瘾一样，海洛因曾被广泛地用来治疗吗啡成瘾。

海洛因是一种麻醉剂。它可以引起一种热烈的、几乎是肉欲的欣快，接着通常就产生困倦和嗜眠的感觉。使用者的耐量发展得很快而且需要更大的药量。然而，注射后大约7至12个小时便开始出现退隐症状。这些症状的严重程度与所用海洛因的数量成比例地增加，但是它们却很少象宣传工具所描绘的胡言乱语那样严重。

虽然20世纪70年代海洛因滥用似乎有所减少，但是有两个因素已经导致了它的复活：具有中上层社会经济地位的人们越来越多地使用海洛因以及纯海洛因更大的可得性（主要是从伊朗、巴基斯坦和阿富汗）——与以前的只含有4％纯海洛因的品种相比，这些海洛因的纯度高达90％。有些发

现海洛因太昂贵的人就去注射“Ts+Bs”，它是一种由处方止痛药镇痛新和扑敏宁组成的合成剂，扑敏宁是通常以蓝色胶囊的形式在市场上出售的一种抗组胺。

通过试验，还很少有确凿的证据说明一贯少量地使用海洛因能够造成严重的心理损伤。长期滥用海洛因的人比长期使用苯基丙胺或巴比妥酸盐的人所表现出的情绪障碍少（彭克等，1981）。文化态度对于产生这种情绪障碍很重要。在老挝，鸦片是一种发财的作物，一个鸦片滥用者只受到有限的社会敌视。多数滥用者（虽然不是最理想地）继续在家庭和社会内部活动而且很少表现出犯罪模型。有些证据表明麻醉成瘾的母亲所生的孩子从出生起所表现出的心理和身体障碍率更高（豪斯霍尔德等，1982）。

病原学

如同对于药物滥用一样，否认和回避冲突是使用鸦片剂的重要因素（沃姆塞，1981），而且对同伴的模仿也是一个关键的因素（休巴等，1979）。大体上，与促进酒精中毒相同的人格因素也助长了海洛因成瘾；社会学因素后来决定着一个特定的个体所走的路。然而，在从八目鳗类鱼到人类的大脑中都存在着特定的鸦片剂感受器，这就表明进化已经提供了一种内在的强化模型（西蒙，1981）。至于鸦片剂所提供的心理强化，也许法国人本主义诗人琼·科克蒂奥作了最生动的表述：

我们生活中所做的一切，包括爱情，都是在通向死亡的特快列车上完成的。吸鸦片是在列车运行的同时离开了这趟列车；吸鸦片是指对除了生活和死亡之外的某种东西感兴趣

（贾维克，1967，p.52）。

治　疗

如同对酒精中毒一样，对海洛因成瘾的治疗由于以下几种原因从未明显成功过：因为吸毒成瘾者喜欢海洛因的影响；几乎没有人指望找到一种令人满意的东西来取代海洛因，而且许多人只了解一种由吸毒成瘾者副文化所形成的生活方式。此外广泛可用的种种治疗方法也只具有一些有限的成功率。许多人感到大体上治疗吸毒成瘾者的最佳成功机会以及专门治疗海洛因成瘾者的最佳成功机会都取决于团体对抗疗法。

治疗团体。多数治疗团体都是由一些以前的吸毒成瘾者开办的。它们大部分都抵制把受过专门训练的工作人员包括在对治疗方案的计划和评估之中。这个方针有点儿不对头，因为尽管这些治疗团体中以前的吸毒成瘾的工作人员对于吸毒的经历非常了解，但是他们却缺乏客观性，不了解广泛的治疗方法而且一般对各种形式的心理病状都不熟悉。

尽管存在着这些问题，但是这样的团体还是成功地治疗了许多吸毒成瘾者。它们既有效地破除了吸毒成瘾者并没有真正上瘾的常见错觉，又有效地提供了一个能够帮助开始更积极的行为以及防止倒退到吸毒成瘾之中的同伴关系。诸如吸毒成瘾者互诫协会（类似于嗜酒者互诫协会）这样的门诊团体随着患者回到正常社会也能够有帮助。

象嗜酒者互诫协会那样，虽然人们很难获得在方法论上是合理的证据，但多数治疗团体却声称治愈率很高（戴奇和兹韦本，1981）。（与美沙酮治疗方案20%的中途退出率相

比）它们的中途退出率通常很高（高达50%）。

美沙酮。美沙酮是一种大约于1965年最初被有效使用的合成麻醉剂。自20世纪70年代以来，它一直是旨在治疗吸海洛因成瘾的联邦治疗方案中的主要药剂（洛因森，1981）。尽管美沙酮也是成瘾的，但是它在以下几方面比海洛因优越：它能够口服；它合法而且便宜；其效力可以持续约24小时，所以它能够一天服一次（与海洛因一天服二至三次相比）；而且它很少产生与海洛因和诸如地美罗这样的合成麻醉剂相联系的欣快症。

对美沙酮的3种批评完全是正当的：①长期使用可以产生实际的消极副作用；②它常常在黑市上被卖给其他的吸毒成瘾者；③美沙酮治疗只不过是用一种吸毒成瘾代替另一种吸毒成瘾而已，而现在用于对吸毒成瘾的治疗几乎都不能作出一个更好的断定。使用某些新药的治疗方案如果不产生一种从属的成瘾那么就提供了某种减少药物依赖性的希望。

四、幻觉剂

麦角酸二乙基酰胺（LSD），墨斯卡灵以及裸头草碱都是流行的拟精神药物。作为幻觉剂，它们可以引起不同强度的幻觉和妄想。西南部和墨西哥印第安人在礼节上的惯例中长期使用过墨斯卡灵这种南美仙人掌素的活性生物碱。裸头草碱以一种水晶般的粉剂产生并且同美国生长的各种蘑菇相脱离。

麦角酸二乙基酰胺是由瑞士化学家艾伯特·霍夫曼于1938年合成的，它于20世纪50年代初首次在美国被使用。当

霍夫曼于1943年摄取一点就陷入一种“谵妄状态”时，他意外地发现它具有引起幻觉的属性，因为在这种“谵妄状态”中，“一连串彩色缤纷的奇异图片向我涌来”（霍夫曼，1979，p.58）。在这3种幻觉剂中麦角酸二乙基酰胺最有效力。通常一剂250微克麦角酸二乙基酰胺类似于一剂400000微克的墨斯卡灵或一剂30000微克的裸头草碱。裸头草碱的直接效果通常持续6小时左右，而麦角酸二乙基酰胺和墨斯卡灵的直接效果却可以持续大约10小时。麦角酸二乙基酰胺的自然来源是麦角菌（可用来治疗周期性偏头痛），麦角是一种侵染裸麦植物的紫色真菌。在前几个世纪的大规模癔病中有些就可能是由于人们吃了用受侵染的谷物做的食物而引起的。其他文化也曾明确地使用过类似麦角酸二乙基酰胺的药物，Ahahuasca就是一种含有类似麦角酸二乙基酰胺的藤本植物，它对于秘鲁东北部亚马逊河流域英奎托斯城的一种心理治疗仪式至关重要（普林斯，1980）。

在美国，为了弄明白是否麦角酸二乙基酰胺对精神病人，囚犯以及癌症患者具有有益影响，人们进行过一些试验，因为这3组人只有一批软弱的政治赞助者来保险他们不接受这样的试验。某些人曾获得了一些帮助他们的积极的“启蒙”经历，但是就绝大部分而言，他们并没有发现任何特殊的利益。

许多服用这些药以及其他药的人获得了“不舒服的幻觉”，而后来，当他们不再服药时，他们又获得了“火舌回闪”。假定存在着在所谓的纯粹街道药物中所发现的各种稀奇古怪的成分，假定存在着许多人在服药时的边缘顺应，那么

这些不舒服的幻觉就不令人惊奇了。虽然“火舌回闪”通常被归因于该药物本身，但是它们却更准确地被概念化并被有效地当作严重的焦虑反应。这种焦虑是由于在该药物的作用下失去控制体验而引起的，然后它又从认知上适应一些先受到实际药物体验刺激的思想。

有一种拟精神病药也具有类似于苯基丙胺的兴奋属性，它就是循环苯吡啶盐酸盐，其街道名称PCP和“天使粉尘”是为人们所知的。PCP首先是作为一种动物镇静剂被合成并合法使用的，然后于20世纪50年代作为一种手术麻醉剂用于人类。它产生了一些非常古怪的副作用以致于它对于人类的使用很快就停止了。与其说是麦角酸二乙基酰胺产生的视觉幻觉或苯基丙胺滥用产生的妄想狂和精神分裂症状或常常产生一种躁狂精神病模型或常常产生类似于标准精神分裂症状的精神病行为，倒不如说是PCP常常产生这种模型或行为（卢萨达，1981）然而PCP在比较简单的实验室里就很容易大量地被合成（卢萨达，1981）而且正在越来越多地被青少年滥用着。

虽然各种其他的药草和野草也能够产生幻觉，但是它们中有许多，例如桧果（杜松子酒中的一种主要成分），都有毒。甚至肉豆蔻也能引起幻觉，但是它也有毒。

几个世纪以来，曼陀罗这种常见的野草因其具有引起幻觉的属性而被咀嚼，曼陀罗也叫做吉姆生草或蒺藜果。20世纪70年代，唐胡安（对于作家卡洛斯·卡斯坦尼达来说他是一个墨西哥印第安人的教师，而不是情人）使这种药出了名。最近，许多青少年已经咀嚼过这种植物的种子，这种做

法有时是致命的。

五、吸入剂

吸入剂因其广泛的可得性加之很少有青少年了解它的危险作用而常常被青少年滥用。被滥用的吸入剂包括：①诸如一氧化二氮（又称笑气），氯仿以及醚这样一些麻醉剂；②雾状吸入推进剂（现在不太常用）；③诸如胶水、汽油和油漆去除剂这样的易挥发的溶剂。由于人们可以现成地得到胶水和油漆去除剂，这就使它们特别有可能被滥用。由吸入剂产生的“高效力”却持续得很短，所以长期使用吸入剂就具有一种机质性脑机能失调的实际危险。

六、咖啡因

咖啡素中毒生动说明了这样一种药物依赖性，即这种药物依赖性是如此地普遍以致于它很少被归类为一种障碍。不过，DSM-III专门将咖啡因滥用和烟草滥用列为障碍。咖啡、茶叶，多数软饮料（特别是可乐饮料）以及许多常见的非处方药物（例如阿司匹林化合物）都提供了大量的咖啡因。巧克力也含有一种相关的兴奋剂。

许多人都产生了这样一种咖啡耐量以致于他们根本没有意识到一些常见的副作用，这些副作用包括焦虑、烦躁、胃肠问题以及心脏并发症。当这些副作用出现时，它们常常被归咎于其他原因，例如压力。有一个时期，某些通常戒咖啡的穆斯林教派曾举行一些将喝浓咖啡和唱赞美诗结合在一起

的宗教仪式来产生幻觉和被改变的意识状态(韦尔，1972)。

七、尼古丁

S大夫的个案

由于S大夫38岁时患过一次严重的流感突发，所以他经受了一次不规则的心搏。他的私人医生及同事F大夫告诉他导致他不规则心搏的是他的抽烟习惯并劝他停止抽烟。当S大夫努力地去那样做时，他变得抑郁了，并且偶然脉搏跳得更糟糕。在他几次试图戒烟之后，他又恢复每天约抽20支香烟并且在67岁时患了颌癌。尽管他由于各种癌症状和癌前症状曾作过33次手术并切除了他的整个颌，但是他仍继续抽烟。73岁时，他产生了心绞痛（心脏病引起的胸部疼痛），每当他停止抽烟时心绞痛就减轻。然后，尽管他继续试图戒烟，但他却未能做到。他在多年严重遭受手术、癌症和心脏障碍的痛苦之后于83岁时死于癌症（罗戴尔，1979）。

有趣的是，当S大夫停止抽烟时，他并没有经受到任何传统的身体退隐症状。不过，他的个案生动说明了尼古丁的心理和身体适应力，人们尤其会考虑S大夫是谁？他就是西格蒙德·弗洛伊德。

尼古丁是烟草叶的主要活性成分，它在一些很少使用它的人身上充当着一种兴奋剂。它通过同时引起更多的心脏活动和压缩末梢动脉可以增加心跳速度并增高血压。它也是一种有效的杀虫剂（伯蒂内蒂，1980）。

大约有30%的美国人经常抽烟，而且正如西格蒙德·弗洛伊德的个案所表明的那样，尼古丁很有毒瘾。据统计，一

天两包烟的抽烟者就可能比他们的非抽烟同伴大约少活6年，而且他们散布的烟对于他们周围的人也可能有害。历史上，阻止人们抽烟的种种努力，例如卫生局医务主任办公室的警告，只产生了有限的效果。17世纪，土耳其君主穆拉特四世拷打和处死那些吸烟成瘾者的运动决非更有效。

病原学

有6个主要因素通常被认为对于产生和保持烟瘾是很关键的：①对重要的同伴，权威人士和宣传偶像的模仿以及他们促使人们很容易接近烟草；②同伴的压力，特别是对早期的青少年；③生理上的烟瘾；④习惯和仪式；⑤尼古丁对长期抽烟者的反镇静作用（从药理学上来看，它是一种兴奋剂）（吉尔伯特，1979）；和⑥人格需要的满足（例如口唇性欲）（弗拉克斯曼，1977；沙克特等，1979；埃文斯等，1981）。

治　疗

许多研究者都考察过帮助人们控制自己抽烟的方法（弗拉克斯曼，1976；汉密尔顿和博恩斯坦，1979；埃文斯等，1981）。治疗者使用了诸如放映死于肺癌者的电影这样的惊恐手法；当患者抽烟时对他们运用过电震疗法而且还曾让患者在一个关闭的空间里尽可能快地抽烟以引起恶心。对积极的非抽烟习惯的行为练习、心理疗法、团体疗法、催眠法以及一系列其他的疗法都曾被试用过。

这些努力多数都取得了一些有限的成功，但没有一次表明是完全的成功。在许多情况下，人们都能够在治疗阶段有效地控制自己的抽烟，但后来却又逐渐恢复了抽烟。复发率很高。对于多数抽烟者来说，突然停止抽烟是最佳策略。保

持治疗的成功还要求他们周围的要人支持一种向不抽烟的变化。朋友和家庭（尤其是如果他们也是抽烟者）常常嘴上高喊着抽烟者戒烟的誓言，而结果却有意或无意地暗中破坏了患者的努力。如同对许多其他的药物滥用模型一样，预防比治疗更有效。

专题研究：矫正抽烟行为的社会学习方法

人们常常从药物对个体行为的影响上估量药物。然而，重要的是要认识到恰当地或不恰当地使用药物通常是在一种社会环境中出现的。这一点在抽烟行为中比在其他任何方面都明显。有人可能甚至会争论说从抽烟中将获得的社会利益远远超过了生理学效果，例如，在同伴中的地位和成人身分的证明。

抽烟在青少年中是为了响应诸如同伴压力，宣传广告以及接触抽烟的角色模型这样一些影响而常常作为一种社会活动开始的。有充分的证据说明虽然这种活动看起来只有很少的间接副作用，但是它实际上总是具有潜在的自我毁灭性。尽管人们已经对抽烟的潜在危害提出了警告，但是证据表明，特别是青年中的证据表明，抽烟实际上并没有明显减少 。

在一种水平上，抽烟的这种持续存在现象可能被简单地归咎于青少年的难对付。然而，最近提出的一项对这个问题的研究（埃文斯等，1981）引用大量的证据表明，同伴压力，抽烟的父母以及做广告实际上都可以征服青少年的这样一些坚定的认知信念，即尽管抽烟有短期得益，但它却是很危险的。埃文斯和几个同事推想，由于抽烟通常是作为一种社会影响的结果开始的，所以人们仍然可以利用其他的社会影响来有效地减少或消除这种行为。因而，他们设计了一个将训练青少年识别和妥善处理抽烟的社会压力的方案。这个方案利用了认知灌

输法（麦夸尔，1974）。认知灌输程序通过帮助人们提前采取措施学会对付可能的反论来巩固他们现存的态度。

这项研究包括一个大城区13所学校七年级的男女学生并且追踪进行了3年。埃文斯等人利用了几个试验控制组。在不同程度上试验控制组的受试者看一些带有或是关于促进抽烟的社会压力或是关于抽烟间接后果的信息的电影和广告（例如分析尼古丁和一氧化碳血液水平及其危险）。

这项研究的结果证实了研究者的这样一个假定，即接触一些成功地提前采取措施对付抽烟压力的角色模型对于抽烟行为具有重要影响。埃文斯等人发现到八年级末和九年级末，试验治疗小组中的学生就比控制组中自己的对手更不常抽烟，而且还打算更少地抽烟。

附图（删掉）说明了这个方案中两个主要试验组的相对成功率。尽管抽烟对于双方都增加了，但这种增加率在试验组的学生中就较低。

埃文斯等人的研究至少有两个原因很重要。第一，它揭示了对诸如尼古丁这样的药物的使用看起来受社会控制的程度。第二，它说明了社会学习方法对于矫正一些对健康具有潜在威胁的行为的有效性。与一些只强调抽烟的长期消极后果的方案相比，教青少年提前采取措施有效地对付抽烟压力似乎是很成功的。

本 章 要 点

1. 我们文化对高度使用药物的支持促进了高度的药物滥用。

2. 如果存在着耐量的证据（需要更多的药物来获得同样的效果）或退隐的证据（减少药量的一套具体症状），那么药物滥用（DSM-Ⅲ将其定义为至少使用一个月，生活混乱而且心理依赖或变态使用）就成为药物依赖了。

3. 除了DSM-Ⅲ类型(例如,酒精中毒，海洛因滥用)之外，处方和多重药物滥用模型在我们社会中也是常见的。

4. 虽然酒精是一种抑制剂，但是因为它首先有助于抑制高位脑功能，所以它常常导致抑制丧失，这就促进了无意识的行为表现。有些抑制丧失在认知上受那种认为人们已经消耗了酒精的信念制约。

5. 象多数其他的药物滥用模型一样，酒精中毒也是一种具有许多可能原因的障碍。遗传素质在一些患者中可能是一种因素，但是社会学习和心理冲突变量（例如，模仿，同伴影响，文化因素，回避内疚，依赖以及抑郁）却是最主要的原因。因此，多数嗜酒者和其他药物滥用者需要一种多重模型的治疗反应，例如，一种将解毒、嗜酒者互诫协会、心理疗法、二硫化双以及家庭疗法结合起来的方案。

6. 虽然最近几年滥用巴比妥酸盐和饮食规定的苯基丙胺的现象有所减少，但是滥用可卡因、小镇静剂、大麻以及循环苯吡啶的现象却增加了。

7. 对苯基丙胺的耐量增长很快，所以被增加的使用苯基丙胺的现象可能会导致类似精神病的行为。循环苯吡啶和LSD也很容易产生类似精神病的行为。

8. 海洛因看来特别适合于那些其动机是为了逃避冲突而变得被动的滥用者。对抗类型的团体疗法，美沙酮以及鸦片剂拮抗药都是常见的治疗方法。

9. 虽然咖啡因和烟草可以合法地得到而且很常用，但是它们却产生强烈的身体和心理依赖模型。如同在其他所有的药物滥用模型中一样，坚决停止使用是治疗根本的第一

步。因为社会态度对于鼓励和支持这些习惯起着特别重要的作用。努力预防比那些旨在治疗一种牢固建立的模型的努力更有效。

10．尽管多数使用软药（例如大麻）的人并不一定继续大量使用硬药，但是那些滥用硬药的人在滥用一个时期普通软药之后通常继续大量使用硬药。

第十三章　人格障碍，暴力和冲动障碍

本章考察的是这样一些人的行为，即他们虽然具有心理障碍但却未表现出一种基本的情感障碍、心理焦虑或认知障碍。其中包括人格障碍、犯罪人格和有关的暴力问题以及冲动障碍。这些障碍象某些其他模式一样也可能会获得犯罪人格这个社会学称号。

第一节　人格障碍

人格障碍没有达到精神分裂症、妄想狂和情感障碍通常所达到的那种精神病程度，患有人格障碍的人也不把自己的行为视为很混乱或异常。他们很少意识到自己的障碍模式，除非象配偶或法律权威这样的人强迫他们那样做（米伦，1981）。然而，人格障碍是临床诊断中最常出现的障碍形式（加德纳，1965，巴雷特，1980）。尽管人格障碍并不象另一些障碍那样寻乎异常，但是它们却仍然严重地顺应不良，因为①心理病状在这种障碍中很普遍而且被完全结合在这种障碍之中了；②这些障碍模式是长期的；而且③它们很难治疗（巴雷特，1980；米伦，1981）。

我们已经描述了几种与另外一些综合症有关的特定人格障碍，这些综合症有时同那些特定的人格障碍相混淆（例如精神分裂病样人格障碍同精神分裂症相混淆，类偏执型人格障碍同妄想狂模式相混淆）。我们后面在第十七章将详细讨论另外一些人格障碍（被动一侵犯人格，自恋人格以及有意做作人格）。附栏总结了DSM-III所列举的除反社会人格以外的所有人格障碍的种类。这些人格障碍是根据米伦（1981）提出的一个分类系统按照日益严重程度的顺序来列举的。三个基本的编组就反映了这一点。第一组包括依赖人格，有意做作人格，自恋人格（和反社会人格），它们是以比较连贯的非冲突行为为特征的。具有这些人格的人无论是适应别人还是反对别人都倾向于以种种比较有效的方式活动。按顺序接着就是强迫人格、被动-侵犯人格、精神分裂病样人格以及回避人格。具有这些人格特性的人或者是对人际关系有矛盾心理（强迫人格和被动一侵犯人格）或者是实际上脱离了外部支持。处在人格整合最低水平的是边界型障碍、偏执型障碍和分裂型障碍。处理人际关系的一些严重困难在这些障碍中很常见，而且其独特的行为模式包括公开的敌意和/或混乱。第二个专栏中的图表把每一种人格障碍都确定在两个重要的方面：①主动的一被动的和②同别人有关的一与别人疏远的。

专栏：人格障碍

依赖人格　具有这种人格的人很需要依靠一些更坚强的人为自己作出广泛的决定。在某些情况下，他们甚至改变自己的信仰去适应一种支配人格，例如在感应性人格障碍中就是如此（见第九章）。他们很

幼稚驯顺，但却怀疑自己可能被拒绝。他们在任何方面都很少表现出积极性。

有意做作人格（见第十七章）　有意做作人格传统上叫做癔病型人格，具有这种人格的人容易产生剧烈的情感反应而且很浮夸。他们的戏剧性行为就是寻求刺激和注意，而且在人际关系上他们对别人的要求很过分。尽管癔病患者常常好象有可能产生某种相互反应，但是他们实际上却很少提供这种相互反应。

自恋人格（见第十七章）　这种新的DSM-III人格障碍类型描绘的是这样一些人，即他们具有一种扩大了的自我价值感，尽管他们偶尔也假装着很关心别人的幸福但实际上却很少如此。他们是自私的而不是反社会的；他们的行为多数是专门用来吹捧自己的自我形象的。

强迫人格　具有这种人格的人在第六章被描绘为"毫无温暖的，为免遭辞退而工作过分卖力的人"，这种人在感情上过度受控制而且他们发现很难显露出温暖或关怀。他们十分拘谨并且常常追求完美，他们还过分地注重工作和生产率。然而，他们遇事优柔寡断，常常难以作出决定。

被动—侵犯人格（见第十七章）具有这种人格的人表现出一种在临床实践中常常遇到的模式。他们是把生活作为一种双重寓言来度过的。他们首先使别人参与到一些着重依赖的关系之中，然后又在这种关系中表现出严重的抵抗和敌对情绪。他们很执拗而且很无能，他们常常在死线上拖延，如果他们遇到不一致的行为，他们就采取威胁手段或者是翻脸不高兴。

精神分裂病样人格（见第八章）　具有这种人格的人都很自私、害羞、内向，而且他们建立社会关系的能力也具有严重的缺陷。他们很难表示出敌对情绪，通常被描绘成不合群的动物。

边界人格　尽管这种人很少表现出寻乎异常的癖性和表示分裂型个体的思想，但他们常常喜怒无常，感情很不稳定，他们似乎很容易

遭受人格的进一步退化。他们易激怒，焦虑，并且偶尔还表现出本能的侵犯行为，但是他们却又很难单独生活。这些人际关系很紧张的人可能会象那些具有人格解体障碍的人一样表现出认同问题（见第七章）。

偏执型人格（见第九章）　这种人在情感和态度上十分多疑、妒忌、僵化，他们很独裁并且对闯入自己心理世界的事情警觉过度。他们常常把自己心理世界中出现问题的责任归罪于别人，他们倾向于好打官司，墨守陈规。

分裂型人格（见第八章）　这种人其行为和思想象精神分裂症患者一样都表现出较小的变化。他们在人际关系上很孤独，有些多疑，而且思维缺乏逻辑性。在精神分裂病样者的行为仍然不断出现的同时，分裂型的个体迫于压力就可能会代偿失调成为真正的精神分裂症患者。

专栏：人格障碍尺度

下表所表明的两种行为尺度（主动的—被动的；与别人有关的—与别人疏远的）对于描绘人格障碍相互区别的一些重要方式很有帮助。某些其他障碍也可以置于这样的尺度上，例如，一个躁狂的人就是在密切相关的主动尺度的极端出现的，同时一个严重抑郁的人却表现出相反的特征。然而，这两个尺度常常可用于人格障碍，因为“有障碍”这个最初的标签通常是作为一种行为和关系特征出现的，而不是来自于自我报告的材料。水平尺度描绘的是占优势的人际关系倾向；垂直尺度描绘的是在一个人总的生活方式中开始和保持的总的活动水平。因此，依赖人格同别人关系密切但却很被动，而同时强迫人格一般都很主动但至少在中等程度上与别人疏远。

主 动 的

有意做作人格　　　　强迫人格

反社会人格　　　　分裂型人格

边界人格　　　　偏执型人格

与别人密切相关的　　　　与别人疏远的

自恋人格

被动-主动人格　　　　精神分裂病样人格

依赖人格　　　　回避人格

被 动 的

第二节 反社会人格

从对社会的影响和心理及法律问题的复杂性方面来说，反社会人格是最重要的人格障碍。为此，我们对它的讨论要比对其他人格障碍的讨论详细得多。本节中的材料有许多都反映的是迈耶的研究成果（1980，1983），但却没有重复地注明出处。

反社会人格障碍的本质特征是反社会行为在一个典型非道德性的而且很冲动的人身上的惯常表现。另一些重要特征是自恋以及不能拖延报酬或不能有效地对付权威。苦恼通常只有作为一种直接环境压力的结果才出现，人际关系至多是肤浅的。反社会人格既表现出对环境刺激的过分需要，又表现出缺乏对标准社会控制程序的反应。这种模式的惯常性质表

现为不能从经验中获益而且这种性质常常与不能拖延报酬有关。这种人格模式在青少年时期或甚至在童年早期都已是显而易见的了，这种障碍横跨一个广泛的行为范围，包括学校行为、职业行为和人际关系行为。

反社会人格这个术语代表着通过不同术语的发展过程中的最新阶段。1952年DSM-Ⅰ因赞同不爱社交的人格这个词而抛弃了心理病态人格这个词（克莱克利，1964），其目的在于试图强调可能引起这种障碍的环境因素并且排除心理病态这个词所具有的消极含义。然而，内行和外行都继续使用着这个传统的术语。1968年，DSM-Ⅱ又抛弃了这个术语并用DSM-Ⅱ现在使用的那个术语来取而代之。DSM—III规定了4条诊断反社会人格障碍的标准：①这种人格模式在成年前的证据；②成问题的职业或学习表现的迹象；③一种以上的自私行为或反社会行为的表现形式；④受损害的人际关系以及对别人权利的侵犯。

具体的诊断考虑

DSM-Ⅲ不赞同把18岁以下的任何人诊断为具有反社会人格，因此，只有19岁以上的杀人者才会正式获得那种称号。制定这项政策存在着几种原因。最重要的就是这样一个道德问题，即当一个青年成人的顺应状况正处在高度的不断变化中时就使用一种很可能使一个人终生受污辱的名称。这样的人也许更适合于被称之为“受副文化社会化的违法者”，即其行为几乎完全是由于需要同伴或同伙的接受而引起的；如果同伴联系变化了，那么这些行为就可以发生根本的变化。即使是如此，反社会人格的初步证据在15岁以前通常也是可用的。

DSM-Ⅲ阐明，反社会人格在男子中间要比在女子中间更常见，这种人格在女子中倾向于出现的更晚。男子的反社会人格迹象在童年早期就很明显，而女子的反社会人格迹象更通常出现在青春期。也许这些差异反映的是社会角色和社会期望而不是内在固有的因素。实际上，伴随着妇女的解放，这种障碍在女子中的发生率已经上升了，与此同时一些以被动性为中心的障碍的发生率也下降了。

具有反社会人格的人明确地不能在社交和学习上适应于学校。他们的学习缺陷常常很严重而且可能是半文盲。克莱克利(1964)断言精神变态者常常具有优越的智力，他的这个有影响的断言只适合于他在临床实践中所处理的那个唯一的子抽样。从总体上来说，具有反社会人格的人们在进行各种智力测量时都表现出低于一般水平的分数。已知他们不能适应于学校，所以这个特征是有意义的，尤其是在遗传性机能障碍或脑机能障碍很复杂的情况下，这个特征更有意义（巴雷特，1980；朱克曼等，1980）。

易冲动的、反社会的、酗酒的其行为只有在偶然情况下才是适当的，他们最终都将会堕落到社会行为群体的底部。因此，无论使用什么尺度来衡量，具有反社会人格的人很自然主要都来自于较低的社会经济等级。他们的子女都具有双重问题。一方面，他们都在努力地跳出某一较低的社会阶级，而同时在另一方面他们或是缺乏一种正确的开端或是没有一种正确行为和态度的榜样。任何不能够从社会经济等级和/或社会反应和限制方面加以合理解释的有关种族变量都是不存在的。

病原学

象心理病理学的许多其他方面一样，关于反社会人格障碍的原因也存在着许多理论。遗传、脑机能障碍、个体发展经历以及副文化的适应都曾被引用过，而且每一种因素都被其提倡者视为主要的因素。

生理学理论

虽然19世纪隆布罗索提出了这样一种理论，即罪犯具有明显的身体特征（例如前额很低），但是这种理论现在已经为科学家们所怀疑。现代的一些研究（梅德尼克和克里斯琴森，1977）仍然通过断言一般的犯罪行为都是遗传的来间接地证实了这样一种观点，即遗传因素可以构成反社会人格的基础。在多数监狱人口中大约有20％到30％的人都具有反社会人格（迈耶，1980；黑尔，1981）。如果确实存在着一种遗传差异,那么它如何传递行为就不清楚了。其可能性包括缺乏一般智能，包括某一特定的学习缺陷，包括脑机能障碍，或者包括在纪律措施的条件作用影响上的差异。迄今，表明具有某一明显遗传因素的资料至多是试验性的，还没有任何人曾发现一种与那些真正引起犯罪的传递行为的清楚联系。

如同许多其他的心理病理学理论一样，有关反社会行为的神经病学理论也已经受到一些人的欢迎。由于一开始有些颅相学家就把头盖骨上的隆起部分同某些行为素质联系起来了，所以许多人都曾试图建立一些明确的脑-行为关系。诸如怀尔德·彭菲尔德及其助手这样一些神经外科医师（彭菲尔德和拉斯马森,1950)都已经通过利用低电流过细地刺激微小部位并注意一些特定的行为反应来绘制了一些脑皮层外表

图。然而，看起来认识精神变态行为神经病基础的关键在于大脑的深层结构，它们深深地位于彭菲尔德的电极刺激的皮层外表之下。这个区域包括一组在集合意义上叫做边缘系统的结构，这个边缘系统调解着与情绪、动机以及原始遗物有关的行为，这些行为受到完整大脑中的一个精致复杂的检查平衡网的控制。有人已经发现去掉一个这样的结构——扁桃腺——很可能减少人的侵犯行为（皮尔，1977）。为了查明一种假设的机能障碍的根源而把一个人的脑子打开仍然是一件危险的事情，而且它还产生了一些严重的道德问题。人们已经设计了一些很少有侵害性的方法来研究精神变态的一些神经结构的相关物，包括使用脑电图记录来广泛地控制脑波形式。不过，到此为止，还没有任何人曾提供过令人信服的材料。方法的改进有可能使研究更加精确化，例如，利用复杂的计算机来记下脑电图记录的一些特定方面。

研究者已经发现了一个也许是很重要的现象：反社会者表现出的变态颞颥叶慢波活动要比另一些犯罪者所表现出的变态颞颥叶慢波活动更多。根据这个研究以及类似的研究，黑尔（1970，1981）从理论上认为，至少在有些反社会者中基本的机能障碍是处于颞颥叶和边缘系统之中。

还有人推测反社会行为可能含有一种染色体障碍——多数建议者都把这种障碍归罪于多出一个Y染色体（雅各布，布伦顿和梅尔维尔，1965）。这个额外的Y染色体首先被假定为攻击行为的一个原因并且与一种特定的叫做“林肯式”的身体外表（因为林肯被认为曾具有XYY模式）相互关联。

有些证据表明侵犯性反社会人格很可能是晶介的（迈

耶，1980；巴雷特，1980）。已知身材瘦小的人不太可能会成功地利用侵犯行为来对付环境，所以这种特征似乎是有道理的。因此，即使最初有遗传或示范的影响，身材瘦小者的各种技能也常常倾向于缺乏这样的行为。还有一些有力的证据表明智力低下的反社会者据统计更有可能在行为上冲动并且更易于从事暴力行为（海尔布伦，1979）。因此，在任何一个反社会人格障碍中，遗传变量、脑机能障碍，智力低下，某些体格或所有这些因素的合成物都可能对这种障碍发生作用。

心理学理论

还有两个特别具有研究意义的方面总有一天可能会明确地同脑机能障碍的相关物联系在一起，它们是①寻求刺激行为的心理变量和②学习方式和父亲行为方式的变量。奎伊（1965）提出这样一种理论，即反社会者都高度地寻求刺激，而且“不能忍受常规和厌烦，易冲动和对单调缺乏最低限度的忍耐性看来似乎是主要的明显特征”。后来的研究（拉森等，1979；朱克曼等，1980）证实了这种理论。这些特性常常适应在许多反社会者身上所观察到的那种被减少的基本的情绪敏感性（即为加强生理唤起所需要更多的刺激）（奎伊，1965；朱克曼等，1980），这些特性还可能会局限于黑尔关于颞颥叶和边缘系统机能障碍的理论。

学习与精神变态 大量的证据（莱肯，1957；迈耶，1980）都证实存在有两种分离的反社会人格类型，它们反映了不同的病原学：主要**精神变态**，患有这种精神变态的个体是外向的，很少表现出焦虑或回避学习，他们特别反对社会控制；

次要精神变态，它是以内向、更多的焦虑以及更大的回避学习的潜势为特征的。

莱肯的这项创新研究表明这两组人能够适应惩罚刺激的程度也有所不同。他把犯罪受试者分为主要精神变态者、次要精神变态者以及“正常的”罪犯，并且给他们一个含有一系列20个决策点的“心理迷津”。在每一个决策点上，该受试者都具有4个选择杠杆，其中有一个选择杠杆是正确的并且用一个绿灯来表示。如果这个绿灯亮了，该受试者继续进行到下一组的4个决策点。在每一个点上的另外3个杠杆如果一拉就释放一次强电震。了解正确杠杆的顺序是公开的任务，而潜在的任务则是回避那些惩罚杠杆。

这3组人在公开的任务上并没有差别，但是主要精神变态者明显地要比次要精神变态者或正常的罪犯更不善于回避那种惩罚的电震。这些结果意味着主要精神变态者更不可能在行为上受到一些用来促进正常社会模式发展的标准惩罚的约束。

施莫克的研究还得出了一个可能是很重要的发现：主要精神变态者对明确的强化物的反应实际上象正常人一样敏感，例如，对钱的反应就是如此。但他们对诸如电震或同社会惩罚相结合的指示的反应就不那样敏感。因此，如果一个人给予主要精神变态者一些在其价值体系内部的惩罚（例如，丧失一种报酬的明确的直接来源），那么这些主要精神变态者就会学会这种反应。

父母行为与精神变态　在早期童年发展中的因素，特别是同父母的关系，也曾作为反社会人格障碍的可能原因被研

究过。尽管这些研究没有发现在父母行为和反社会模式之间存在有任何因果关系的明确证据，但是他们却观察到在以下两种父母的行为方式和反社会人格之间的相关比率很高。

一种是冷淡疏远的父母，其影响使子女不能同别人发生移情作用或认识人类关系的复杂性。另一种是不一致的父母，其使用奖赏和惩罚的无法预言性使孩子不能产生一种明确的身分，或重要的是不能对除了具体指示以外的任何事情作出反应。这最后一种影响完全符合莱肯（1957）的研究。不一致父母行为的另一个常见特征是双重寓意（第八章），因为在用语词表达的规则同其实施之间存在着重大的差异。

在这两种模式中，父母（或代理人）——通常是父亲——常常为诸如侵犯行为、酗酒、乱交和人际控制这样的行为提供一种清楚直接的榜样。这两种父母的行为方式产生的是一些几乎没有基本信任的个体；这种自然后果就是不能进行正常的人际交往（罗杰斯，1951）。

在所有这些研究结果之间存在着一些潜在的联系。另一些有关皮肤流电反应适应可能性的材料完全符合奎伊的这样一种思想，即反社会者由于不适当的中枢神经系统唤起而表现出长期高度地寻求刺激。这种结果都同脑机能障碍具有一种广泛的联系。所有这些概念都能够在莱肯和施莫克的研究成果中找到，而且在这任何一种理论中遗传都起着作用。

从总体上来看，这些研究表明遗传很重要，尽管它只是作为一种事先安排好的因素而且可能并非在所有情况下都是如此。在某些反社会者的小团体中，遗传原因是一种明显的可能性。不过，在多数情况下，父母感情的冷漠和不一致的

行为同模仿和同伴文化的影响相结合似乎就成为决定性的变量。正如黑尔（1970）所指出的，成年人精神变态的最好预示物之一就是有一个精神变态、酗酒或反社会的父母。

治 疗

很自然，反社会者很少去找心理治疗者进行治疗。当他们真正去找心理治疗者治疗时，有些问题作为被强迫的结果通常也得到了解决。

在一次独创性研究中，威德姆(1977)利用报纸广告来吸引当地的反社会者来进行治疗研究。另一些人雇了一些反社会者来到治疗中心对着一台录音机谈话，据说是为了获得有关这种人的社会学背景材料。有些患者非常喜欢这种方法以致于他们甚至在雇用停止之后还继续谈论自己(心理治疗)。

约克尔森和塞姆诺（1976）报告说成功地运用了一种对抗治疗。他们告诉患者自己了解他们的谎言、他们的气愤以及其他的具体反社会行为，这些患者通常都是被监禁的罪犯。这种方法的目的在于增加这些患者的“自我厌恶感”，而且还间接地在于把他们利用或制服得足以使自己保持治疗。

所有这些策略都可能被视为是在以自己的花招战胜操纵者。没有任何方法曾是明显成功的。

安东尼·伯吉斯的小说《AclockworkOrange》描绘了一个可极度选择的控制模式——即迫使人们适应新的行为方式，该小说的主人公就是一个反社会人格的极好例证。使人们违背自己的意愿从工艺上说是行得通的而且可能是有效的；但是保护公民自由权的公共警惕性却阻止这种控制模式

的使用。心理外科手术也是如此（见第四章），因为它也不得不获得一种规章制度所具有的声誉。

专栏：待考察的问题

对精神变态的社会法律反应

对反社会人格恰当的社会法律反应是我们社会中的一个重要问题。爱斯基摩文化就是通过为长期的反社会行为提供一个标签并把它规定在心理障碍的范围之外来处理这种情况的（德拉冈，1980）。然而，多数西方文化都不能决定如何对付这样一些人，他们在一对一的互动中表面上看来可能是完全正常的，甚至可能是可爱的，但是他们却具有长期顺应不良和侵犯别人的历史。至于这些人是应该为自己的行为负法律责任还是应该被称作"病号"，还仍然存在着争论。在这样一个反社会者小群体中，下面这个问题特别难解决，即在这个小群体中，经研究表明在某一特定的脑机能障碍模式和某一特定的行为障碍之间或在遗传偏差和某一行为方式之间存在着一种密切的相互关系。

设计一种恰当的社会法律反应依赖于对该反社会人格产生原因的准确定义。例如，假定一个由非常易冲动的侵犯性反社会者构成的小群体都一致表现出严重的颞颥叶机能障碍，也许是以高达50％的比率，同时在正常人中间实际上不存在这种机能障碍。如果在机能障碍和侵犯行为之间能够证明存在着一种明显的因果关系，那么一种社会法律反应就是恰当的；如果这种反社会人格同某一有关的障碍具有伴随的相互关系，那么另一种社会法律反应也就是恰当的；然而，如果这种反社会人格是由增长的认知状态造成的，那么另一种社会法律反应也是恰当的。即使机能障碍和侵犯行为被证明没有关系，另一种社会法律反应仍然是适当的。

迄今，不存在任何证据表明某一反社会人格障碍实际上是由任何

因素或某些特定的因素造成的。有4个特征继续并存着：①明显的理性；②明显不能有效地处理某些经验材料；③某些决定行为变量的证据，例如，脑机能障碍；④缺乏明显的中介变量。宿命论对自由意志的问题以及有关正确处理罪犯的舆论高涨问题都增加了复杂性。

实际上，法律制度是以这样一种设想为根据而起作用的，即反社会者应该为自己的行为负责。对不可压制的冲动的防御措施很少被成功地利用过而且通常因另一些有相当身分的公民所犯的冲动或情欲罪而被推迟使用。如果对脑机能障碍更复杂的评价能够将额外的一些精神变态分隔开并能够把它们同脑或遗传性机能障碍的明显指示物相互联系起来的话，那么我们就更难发现一种对反社会者犯罪行为的恰当反应。

第三节　犯罪人格

犯罪人格是一个社会学术语，而不是一种DSM-Ⅲ类型。我们将会看到，它包括这样一些人，即他们都以某种方式被约束进犯罪司法系统。许多不同的人格类型在我们社会中都是作为罪犯而活动的；在这些人格中只有反社会人格是特定的心理综合症。具有反社会人格的人仅占全部监狱人口的30%（黑尔，1981）。

心理诊断学家埃德温·梅加吉和几个同事对犯罪人格进行了精采的分类。他们利用一些主要来自明尼苏达多相人格检查表（见第三章）的资料把监狱人口分为10种犯罪类型。根据行为观察，社会历史材料以及其他的心理测验，他们证实了这种分类，后来又把这种分类扩大应用于其他的监狱人

口（梅加吉和博恩，1977；梅加吉和科豪特，1977）。最重要的是，有一个其工作与梅加吉无关的研究者也在另一个监狱里证实了这种分类的有效性（埃丁杰，1979）。

这种类型起初是按名称的字母顺序提出的（艾布尔，贝克等），但是后来（梅加吉和博恩，1977）他们是根据变态的严重程度从轻到重依次列举的。这10种犯罪人格类型如下：

1．条款型罪犯是监狱人口中的一个较大的群体，他们很少或没有表现出任何变态情绪。条款型罪犯一般都很开朗、友好，并且不爱挑衅，他们很可能是因从事象买卖药品这样一些无受害者的犯罪而被监禁的。他们出身于最稳定、最温暖的家庭，建立一些持久的友谊而且累犯率很低。也许可行的方法是直接处他们以缓刑，这样花费也更少。

2．安逸型罪犯很适合随便给他们起的称号：他们比其他的犯罪群体更聪明而且具有更多的自然优势。不过，尽管他们的背景一直都较安逸，但是他们的生活更松散——他们是典型的后进生。他们都有出身于良好的父母背景，他们对蹲监狱从不表示特别不安，他们在所有的犯罪群体中累犯率最低。最好让他们缓刑去进行学习和职业训练。

3．贝克型罪犯是一个很小的群体，他们最恰当地被概念化为神经过敏的违法者。贝克型罪犯很被动，在社会上很孤独，好酗酒，焦虑而且以被动—侵犯的方式具有破坏性。嗜酒者互诫协会方案，激励心理治疗和职业咨询相结合是治疗这些人的最理想方法。

4．艾布尔型罪犯常常是社会化的违法者。他们有些反社会，自恃、不成熟，而且是机会主义者。他们与其说是敌

对的或反社会的倒不如说是非道德性的，当他们被监督时，其活动就不适应。在社区中的一种受控制的生活环境也许就是对艾布尔型犯罪人格的最好解答。

5．乔治型罪犯除了出身于一种更异常的家庭背景之外同艾布尔型很相似，而且他们更聪明，他们虽然很文静但却

9．查利型罪犯特别爱记仇、爱妄想，他们是敌对的反社会的孤独者。他们还倾向于具有学习、智力和社交的缺陷。这个群体最有可能在监狱和社区中累犯和从事暴力行为。就此而言，查利型罪犯是干扰最大的罪犯。治疗方法通常与治疗偏执型行为的方法一样。

10．豪型罪犯虽然与丘辟特型罪犯一样具有一种被剥夺的早期环境障碍，但是他们却比丘辟特型罪犯更焦虑而且更不倾向于改变自己。他们是厌恶的孤独者；他们不是在隐退而是被拒绝。这个群体实际上需要各种干预。

从梅加吉和博恩的分类看来，很清楚，不存在任何单独的犯罪类型。他们根据经验所得出的这种适当的分类很可能会作为标准的分类而存在多年。

第四节　暴　　力

我们已经讨论了许多其中暴力是一种主要因素的人格模式。本节我们将把另一种人格障碍—暴力连同三种固有的暴力事件：家庭暴力、强奸和凶杀一起来加以讨论。

在研究者之间，传统的争论是已发展的人格特性（也许是以遗传为基础的）是否导致暴力，或是否暴力是一种对诸如挫折和对侵犯行为模仿的一些社会和环境暗示的反应（罗伯特等，1981，鲁宾斯坦，1981）。社会经济地位越低，殴打事件的发生率就越高这一证据如同控制获得枪支的机会就降低了与枪支有关的攻击事件的发生率这个证据一样证实了上述的第二个假设争论。

另一个环境因素是侵犯行为的非破坏性途径的可得性。例如，尽管波多黎各人文化也强调好客和个人尊严，但是他们的凶杀和故意杀人的发生率却很高，这反映他们缺乏可选择的表现途径（即缺乏有效的发泄感情的体验）。

相比之下，奥尔韦厄斯（1979）考察了16项对侵犯行为的重要研究并断定“侵犯行为的一致程度比那些提倡一种在人格领域内行为专一性主张的人们所认为的要高得多”。奥尔韦厄斯断言虽然这种一致性不排除环境因素，但是它却表明在童年早期形成的动机系统（或人格特性）是至关重要的。这些动机系统反映的是心理气质，学习历史以及示范影响，而这些因素有的可能与遗传变量有关（罗伯茨等，1981）。

一、爆发性障碍

吉姆的个案

尽管当吉姆3岁时父亲就去世了，但是他一般说来还是有一个愉快的早期童年。一天，当11岁的吉姆正坐在卧室里玩游戏时门铃响了。当他起身去开门时，他妈妈大声告诉他不要开门。作为那个年龄孩子的典型，他把妈妈的话当作一种挑战接受了并打开了门。他妈妈的男朋友（情夫）走了进来，当他妈妈从厨房里出来时，她的情夫掏出手枪打死了她。在之后的几年里，他哥哥和姐姐常常对他说：“你就是妈妈的死因。”吉姆也日益变得退隐了。

除了在体育活动时以外，吉姆的同伴都回避他。在体育活动时，因为他纵情地玩，所以他很出色。同伴们都知道虽然他很快就会理解他们奚落人的话，但是如果他最终产生反

应的话，那将是带有一种危险的暴怒。他在学校的功课越来越差劲而且有些老师认为他的智力落后。夏季，一个宁静的下午，当时他18岁，他站在市商业区的交叉道中间用手枪开火打死了一个人并打伤了几个人。当他把子弹打完后，他还在不断地扣扳机直到他被抑制住为止。

在监狱里，尽管吉姆在其他方面很亲切并且抱合作态度，但是由于他偶尔向别的犯人发火，所以很多时间他都是被孤独地关禁闭。尽管几个月来他在监狱诊所接受心理治疗但是却没有取得什么进展。于是，在一次治疗过程中，治疗者使用了一种完形疗法：吉姆在想象他死去的母亲正坐在一个“空椅子”上的同时准备对那只“空椅子”谈话。当他开始弄错了几次后，他越来越激动了。最后他突然说出“是我杀死了你”，而且自他妈妈死后他第一次哭了。在后来的疗程中，治疗者使用了类似的方法来帮助他接触并接受自己的真实感情。后来吉姆又参与了团体治疗，无论是在学习上还是在社交上都明显有进步，而且最终他在监狱外的顺应也十分成功。

吉姆是获得DSM-III爆发性障碍诊断称号的很少几个人之一。这些人许多都死在监狱里了。这种综合症的特征是一个通常没有侵犯性或敌意的人突然表现出身体和／或言语暴力。这种障碍根据暴力行为爆发的相对次数被归类为间歇性的或被隔离的。

爆发性障碍有时叫做类癫痫人格，其原因主要在于它同心理运动癫痫有些类似，因为在心理运动癫痫中，不断的侵犯行为和完全丧失记忆破坏了行为的顺序。然而，尽管有充

分的证据表明中枢神经系统损伤构成了心理运动癫痫的基础，但是还很少有迹象表明它对爆发性障碍有作用。如同在吉姆的个案中一样，这些原因主要是心理上的，而且文化因素也能够增加这种障碍的发生率。例如，在马来亚人文化中，士兵常常因“胡作非为”而成为勇士，这就促使他们自己变成得狂热起来，而这种狂热表现导致了他们杰出的战斗表现。不幸的是，当他们回到村庄时他们常常也表现出一些类似的行为方式。

专题研究：人类侵犯行为与个人空间

诸如康拉德·洛伦茨这样一些人种学家断言侵犯行为在所有物种身上都被译成遗传密码了而且可以预言某些情况能够引起侵犯性反应。在非人类中曾被广泛研究过的一种情况是指地域性。多数物种的成员都建立有空间边界而且对于侵入边界的行为进行反击。这样的地域侵略在交配活动或给食活动中常常出现。因此，这种侵略就威胁着那个其边界已遭侵犯的动物的平静局势。在这种环境中，侵犯行为就是一种本能的防御性反应。人类存在有类似的本能吗？象全美步枪协会这样的团体明确地认为有。他们认为保护自己生命财产的权利是以本能为基础的。他们认为以任何方式——例如通过限制使用火器——来剥夺这种权利都会损害基本的生存本能。

罗斯·吉尔摩和弗兰克·沃尔基(1981)在一项对一个安全度最低的监狱中的一些暴力罪犯与非暴力罪犯的研究中评价了地域性与侵犯行为的关系。他们从人际距离上，即从一个人在感到不安的条件下允许别人接近的紧密程度上，通过空间边界测量了一些侵犯活动。吉尔摩和沃尔基假定人际距离能够被用来作为一种区别具有暴力行为历史的犯人和非暴力犯人的手段。他们假定暴力罪犯将更喜欢较远的人际距离。

为了检验这种假定，他们利用了一组73个自愿的成年男性犯人，其中包括药品罪犯、财产罪犯、非暴力的性罪犯以及暴力罪犯（即那些通过身体攻击伤害他人或其行为表现出试图危害人民或破坏财产的人）。在收集了大量有关受试者的背景信息（包括以前被逮捕的历史、教育和职业水平以及家庭背景）之后，研究者通过让他们看这样一种录像来测量受试者的人际距离，即在这种录像中，一个固定的角色从5个方向（前面、后面、侧面、前角、后角）到7种距离被接近，这7种距离从15厘米到150厘米。要求受试者想象自己就是那个被接近的角色并根据一个从"很舒服"到"很不安"的量度来评价每一种距离/方向的结合体。其结果进一步证实了吉尔摩和沃尔斯的假定：暴力罪犯确实比非暴力罪犯更喜欢较远的人际距离。

此外，仅次于对当前犯法行为的了解，人际距离证明是任意一个所研究变量的暴力行为的唯一最好的预示物。根据这个研究成果，那些研究者断定在人际距离和过去的暴力行为之间实际上存在着一种重要关系。已知人际距离似乎同过去的暴力行为有关，那么下一个合乎逻辑的步骤就是调查人际距离预测那些易于表现暴力行为的个体的能力。不过，迄今所进行的研究还未曾证明任何牢固的预言性关系，而且任何单独的变量——人际距离或其他因素——都不可能证明是有帮助的。然而，人际距离看起来对于分析人类暴力行为的模式好象是一种有用的变量而且值得我们将来研究。

二、家庭暴力

在我们的社会中存在着严重的家庭暴力（沃尔夫冈，1978；贾斯蒂斯和贾斯蒂斯，1981）。人们在家里要比在其他社会环境中更易于在身体上受到家属的攻击或伤害。因此，处理家庭危机是警察可以得到的最危险的任务。

家庭暴力的一种常见形式就是我们第十六章将讨论的虐

待儿童。最近，一种有关的暴力模式——夫妻虐待已应得地更加受到了人们的注意。每6对夫妻中每年有1对发生某种身体纠葛，包括扔东西到动刀动枪。根据联邦调查局每年对夫妻杀人的统计资料，夫妻受害的人数几乎相等。不过，作为一种对长期身体虐待的绝望反应，妻子更有可能杀丈夫（贾斯蒂斯和贾斯蒂斯，1981）。重要的是，在打自己妻子的丈夫中大约有3/4在孩提时代被打过或者是从小看过爸爸打妈妈。

三、强 奸

传统上，强奸的法律定义一直是指男子的阴茎违法地而且不需要地穿入女子的阴道，而且是通过恐吓，身体控制或任何其他的强迫形式进行的。虽然也存在着一些同性强奸的男性受害者的案件，而且在一些极罕见的案件中男子曾在身体上被女子强迫着发生性关系，但是在我们的讨论中，强奸指的是男子在性接触中公开的或隐含的身体强迫行为。强奸法令并不要求男子具有情欲高潮，但是精液的存在在起诉时通常是重要的证据。然而，据估计在多达1/4的强奸事件中，强奸者都具有阻碍射精的能力问题（格罗思和伯恩鲍姆，1979）。

这个传统定义的局限性太大了，因为许多强奸者不希望发生性交，他们而是要求女子从事某种其他的性活动，例如，以口舌抚弄阴茎使男性引起性欲或使其射精的行为或动作。

强奸是一种性欲犯罪，同样也是一种暴力犯罪。对该受

害女子的污辱和攻击的影响已超出了强奸本身这个真实的身体事件（贝克等，1982）。最近几年，警官对强奸受害者所进行的潜在降低身分的身体检查以及对她们非支持性的询问在某种程度上都已经被取消了，其主要原因在于来自各种妇女团体的压力和警察队伍及惩治强奸犯的单位中女官员的日益增多。辩护律师的传统手法是指那个受害者始终都是一个"放荡的女人"，而且实际上是她自己请求强奸的，这种手法现在已经受到了1978年10月国会通过的95-540号公共法令的限制。这条法令限制了一个强奸受害者过去性行为的证据在联邦法院可接受的环境，而且多数州现在都已经通过了类似的法令。

强奸的发生率很难测定。尽管被报告的强奸案占所有暴力犯罪的5/100——大约每2000个女子中每年就有一个被强奸——但是据估计每10个真正被强奸的人中只有一个报告警察。每20个强奸者大约只有一个被逮捕，每30个强奸者中只有一个被起诉；而且每50个强奸者中只有一个被定罪。

绝大多数强奸者都是已婚的，虽然他们同自己的妻子经常发生性关系，但是他们强奸时的性行为常常受到损害（格罗思和伯恩鲍姆，1979）。被报告的强奸案有一半以上是发生在受害者的家中；几乎有一半强奸案中的攻击者都为受害者所熟悉。象多数其他罪犯一样，强奸者的智力都低于一般水平（维巳，巳纳德和霍尔泽，1979；艾贝尔等，1981）。

原　因

如同其他暴力行为一样，如果我们假定用单独一个原因或人格模式来解释多数强奸案的话，那就错了。有些理论家

已经断言，男性激素水平的提高或某些其他的生物化学变态性都可能刺激强奸者。尽管拉达等人（1976）在多数暴力强奸中发现了较高水平的血浆睾丸激素，但是迄今还没有任何令人信服的普遍证据可以证实这个理论。然而，甚至在这些案件中，也没有任何证据证明较高的睾丸激素水平就必然可以导致这种行为：因为它们可能只是同某一次强奸事件相符合或甚至只可能由某一次强奸事件造成的。

科恩、西格霍恩以及卡尔马斯（1969）对强奸者进行了一种特别有用的分类，这种分类后来在研究中一直被广泛地采用。他们的 4 种类型如下：

1. 替代侵犯型　这些强奸者没有或很少有性欲兴奋。其主要动机是为某一侵犯目的而从身体上伤害贬黜受害者。他们可能会将这种行为描绘成无法控制的，而且这种攻击行为常常是同妻子、女朋友或母亲争论的结果。

2. 性侵犯行为扩散型　这些人常常是性虐待狂，而且暴力对唤起性欲似乎是必不可少的。这些性虐待狂把同受害者的搏斗视为富有魅力的事情。这种强奸是侵犯行为的一种变态色情化。

3. 补偿型　多数强奸者都属于这一类型，而这种类型包括更少的暴力。这些人只是把侵犯行为用来作为获得性交对象的手段。他们通常处于性欲高度兴奋的状态而且在其他方面并不反社会。尽管这些强奸者幻想用自己杰出的性生活本能来赢得受害者的爱情，但是他们却具有许多性生活不适当的感觉，而且如果受害者开展搏斗，他们就很可能会停止这种行为。

4. 冲动型　这些强奸者似乎纯粹是一些机会主义者。这种强奸行为是作为从事诸如抢劫这样的某种反社会活动之后的一种附加掠夺行为而突然发生的。受害者碰巧正好在场。这些人是自恋型的，尽管对受害者的任何伤害都是偶然发生的但却没有造成任何真正的有罪感。

许多理论家都假定对于多数强奸者来说，暴力和受害者的不答应都可以唤起性欲，然而，替代侵犯型强奸者证据的存在已经使人们对那种理论产生了某种怀疑，因为在替代侵犯型强奸者身上，主要的特征是侵犯行为只带有和缓的性欲唤起。巴巴里、马歇尔以及兰蒂尔（1979）为了测量性欲唤起，利用一个环绕阴茎的装满水银的试管来评价强奸者和非强奸者对被迫和非被迫性行为场面的反应。对强奸者的抽样表明，两类性行为场面具有同样的性欲唤起水平。这项研究结果表明对于某些强奸者来说，如同在其他人身上一样，被迫的性行为也完全不能抑制性欲唤起。不过，艾贝尔等人（1981）所收集的材料表明，不象正常人那样，某些强奸者需要通过觉察受害者的侵犯性和自私来唤起性欲。

预　防

我们社会的3个特征使除了那些潜在的受害者之外的任何人都很难而且不可能防止强奸：①这样一种虽错误但却很流行的性别歧视观点，即女人“请求”或喜欢被强奸，甚至在许多警察、法律及司法权威中也存在着这种错误的观点；②对强奸者的起诉和定罪率很低，这就很少或没有提供任何制止因素，而且在有些情况下甚至可能会鼓励这种行为；③对那很少一部分被判罪的强奸者所进行治疗的成功率很

低。这3种因素结合起来就使广泛的社会措施不能有效地减少强奸的发生率。因此——而且不公平的是——防止强奸的负担就落在妇女个人肩上了。只有3种方法可以被妇女用来减少自己被强奸的可能性。所有妇女都不要信任男人或都需要她们多年来一直都在试图摆脱的被动或防御行为。

1. 避免便于接触陌生人。例如，不要为一个你不认识或认不出的人开门，而且不要免费搭别人的车。

2. 如果有人骚扰你或跟着你，不要自己对付这种情况，尽快去找朋友或警察。

3. 通过学习徒手自卫武术或携带催泪性毒气，刺耳警笛，或武器作好防范准备。如果一个女子受到强奸的威胁，多数专家都建议保持驯服是唯一安全的策略；强烈积极的抵抗和逃跑是避免伤害的最佳途径。有些妇女曾通过宣称自己在生殖部位患有花柳病或癌症来阻止被强奸。一般说来，如果一个女人能够强烈抵抗，能够立即逃跑，或能够说服强奸者把她看成是人而不是物，她就增加了自己不被强奸的可能性（格罗思和伯恩鲍姆，1979）。

对受害者的治疗

强奸受害者几乎有80%都或是单身，或是离婚了，或是分居了，她们都表现出种种后来的消极影响。实际上，他们所有的人都受过挫伤或摩擦，而且大约有5%的受害者都遭受过诸如骨折或脑震荡这样的严重损伤。许多受害者因被迫进行口唇性交而受到损伤。多数强奸受害者还遭受了感情创伤（贝克等,1982）。尽管最近利用一些训练有素的防强奸警察已经有所帮助，但是丧失自尊心、焦虑和抑郁还是常见的

反应。工作顺应似乎特别受到消极的影响（雷斯尼克等，1981）。

如果一个女人被强奸，她应该采取以下步骤：

（1）强奸者一逃跑，受害者应该马上叫警察或叫强奸报警“热线”，而且还应该叫一个受信任的朋友或亲属提供感情支持。

（2）受害者在警察获得收集确证的机会之前不应该脱衣服和灌洗。确凿的证据可以增加给强奸者定罪的可能性，因此也可以提高定罪率，这也必然又可以有助于阻止未来的强奸行为。

（3）如果受害者是独居的话，她应该考虑同朋友或亲属在一起呆几天。

（4）受害者不应该否认自己的任何感情。如果她继续焦虑或不安，她应该在症状明朗化或恶化之前获得专业帮

奸者合作；这些药物具有大量的副作用。

四、凶 杀

凶杀在法律上被定义为非正当的杀人。在美国它又分为蓄意谋杀和误杀，这种划分取决于动机和预谋。在北美和西欧的国家中美国的凶杀率最高。

多数凶杀者都是35岁以下的男子。1975年，男性凶杀者是女性凶杀者的4倍。从那时起，女性的凶杀率逐渐上升。同自杀相比，非白人凶杀者比白人凶杀者要多（霍林格，1979）。只有不到30%的受害者与凶杀者不相识，而且在大约75%的凶杀案中，凶杀者与受害者都是同一种族的人（伦德，1976）。有60%的凶杀都有枪，其中许多都是叫做“周末夜晚专用物”的廉价手枪。

象强奸一样，凶杀是一种行为而不是一种情感障碍综合症，有许多种人都能够从事凶杀。因为凶杀要比强奸更多而且通常是一种偶然的冲动犯罪，所以凶杀者更通常是一种有理性的正常人。实际上，如果当局打算根据犯罪类型决定释放一组犯人，那么蓄意谋杀者就可能是恰当的选择。其因有二，首先，因为许多人都是因冲动犯罪而不是因有计划的故意行为而被监禁的，所以积极改变他们的生活条件可能会从根本上减少他们重新犯罪的可能性。其次，因为他们接受了长期的判刑，所以他们很可能平均年龄要比其他犯罪群体大，而且他们过去确实具有的精神变态可能已经消散了。随着年龄的日益增大，精神变态的表现就减少了，其部分原因在于多数人随着年龄的增大他们寻求刺激的行为也减少了

（巴雷特，1980；朱克曼等，1980）。相比之下，潜在最危险的犯人是那些在18岁以前就开始具有攻击行为历史的人。据统计，他们很可能对别人也很危险。

原 因

以上所提供的材料进一步证实了这样一种理论，即不存在任何共同的“凶手人格”。虽然患有偏执型障碍的人比多数患情感障碍的人更可能对别人有威胁，但是总的说来，在出现被诊断的心理障碍和凶杀之间只存在着一种微小的消极关系。实际上，普通人的凶杀率要比以前的精神病患者的凶杀率高（伦德，1976）。

专栏：凶杀率与自杀率

按照一周7天计算，杀人与自杀平均数

	杀 人	自 杀
星期一	48	78
星期二	43	75
星期三	43	72
星期四	48	72
星期五	53	73
星期六	74	72
星期日	65	72

摘自克莱巴的材料（1981）

如同专栏中所提到的那样，凶杀率倾向于在周末最高，而自杀率则在新的星期开始时最高（克莱巴，1981）。有一种理论认为在周末所经受的忧伤（如果以极端的形式表现出来就会导致凶杀）如果未被消除就会在该周末结束时转向内

心，这就促进了自杀。伦德（1976）还发现满月时的凶杀率最高。多数人都认为这只不过是更可见的结果而已，因为在凶杀和另外一些可提高可见度的天气条件之间也存在一种类似的相互关系。因此，与许多恐怖电影的信息相反，如果人们想在一个危险的邻里散步的话，那么他们就会被建议在一个有雾的阴雨夜晚去散步。

预 防

不象精神分裂症或抑郁症那样，凶杀是一种分离的行为，所以其目的在于预防，而不在于治疗。有3种有帮助的方法：①找到一些更好的治疗偏执型障碍的方法；②为易于发生暴力的家庭提供更多的治疗；③减少廉价手枪的可得性，因为它们唯一的明显功能就是杀害别人。奇怪的是，在凶杀中所使用的绝大多数枪支都是为了"自己"而不是为了打猎或打靶而买的。更奇怪的是，受害者常常是买枪的人。

第五节 制止犯罪与暴力

社会对本章所提到的多数人格模式的反应就是监禁那些表现这些人格模式的人或甚至将他们处以死刑。在我们社会中，至于死刑是否可以制止潜在的罪犯这个问题还长期存在着争论。使用法典中的死刑可能在18世纪的英国就已经很普遍了，当时对于225种不同罪过的刑法就规定有上绞架这一条（伊格纳蒂夫，1978）。

当贝利连同自己的复杂数据分析一起考察了另一些研究之后，他（1977）断言没有任何证据表明死刑具有制止作用。

另一些人却认为死刑具有制止作用，但是这只是从短期来看，而从长远的观点来看，这种制止作用被一种反应作用抵销了。由于这些研究没有准确地了解群众对处死刑出现率或者说对处死刑作为犯罪结果出现的肯定性的认识程度，所以它们有局限性。任何制止作用都要依靠群众对这些情况的知觉。其实，没有任何人肯定了解是否死刑就是一种制止因素，而且方法论问题也将使我们不可能对此有所了解。多数专家都感到惩罚的迅速性和肯定性比严重的判决更有效。不过在美国的法律制度中，惩罚很少是肯定的或迅速的。例如，如果某人在东京被抢劫，那么就有近50%的逮人的可能性；而这种可能性在纽约市却只有约2%。

目前存在着一些预示犯罪行为累犯的标志。其主要预示物是犯罪行为的历史，特别是如果这些犯罪行为发生在18岁以前的话（普里查德，1979）。正如其他地方所提到的，"行为预示行为"。另一种预示累犯的变量是犯罪的类型。偷车、夜盗、偷窃、伪造物品以及诈骗都预示着最终会回复到犯罪行为。未婚、具有不稳定职业的历史以及具有吸鸦片或滥用酒精的历史也同样会如此。患过精神病并不一定就预示着有犯罪或暴力行为。住院前曾具有被捕记录的患者住院后犯罪率很高。而以前没有被捕记录的患者的被捕和暴力犯罪率等于或低于一般人的被捕和暴力犯罪率（伦德，1976；拉布金，1979）。

除了更迅速地、更肯定地、更严重地以及更有选择地（集中对那些易于累犯的人）进行惩罚之外，还有一些可能预防暴力和犯罪的方法。①减少对儿童的虐待可能会减少未来的侵犯行为（贾斯蒂斯和贾斯蒂斯，1981）。②减少宣传

工具中的暴力行为既可能减少侵犯行为的榜样又可能减少把侵犯行为作为解决冲突和悲伤的手段来接受的情况。因为研究表明这种反应倾向产生很早，所以减少儿童电视节目中的暴力描绘尤其重要（鲁宾斯坦，1981）。③减少诸如足球和篮球这样一些为社会提供许多英雄模式的活动中的暴力行为也可能有帮助。因为这些活动吸引着青年男子，而他们又是多数暴力犯罪的主要来源。④减少军国主义侵犯不仅对于减少对那些把暴力作为一种生活方式的人们的尊敬十分重要，而且它还可以减少最大暴力——核屠杀的可能性。

第六节 冲动障碍

虽然本节所讨论的这些障碍（除饮食过度以外都是DSM-Ⅲ类型）都可能含有暴力，但是它们的主要特征是冲动，而冲动在种种别的行为中也可能是显而易见的。盗窃癖和纵火癖是很受宣传工具重视的两种冲动障碍。盗窃癖或称强迫型偷盗很常见；纵火癖或称强迫型放火却很罕见。另一些很普遍的冲动障碍包括变态型赌博和饮食过度。

一、纵火癖

据估计，多达80%的商行着火都是由放火造成的。然而，这些纵火者更可能是被雇用的反社会者，而不是真正的放火狂。有些理论家已经把纵火癖同性变态联系起来，他们断定存在着一种放火、唤起性欲和排尿的特定顺序（芬尼克

尔，1945）。不过，实际上很少有对这种障碍的成功研究。已知的事实表明纵火癖在童年就开始出现了而且男子要比女子更常见。放火狂通常很孤独，受过挫折而且缺乏自尊心。放火是心理压力增加的结果，而且提供了一种放松感或甚至是快感。放火狂可能会对消防工具异常感兴趣，因此他们通常喜欢观看自己尝试的结果，而且他们要比人们可能期望的更容易发现。

重要的是，我们要尽可能早地对纵火癖进行干预。因为这种行为常常反映的是潜在的家庭变态，所以多数案件都成为家庭治疗的根据。对放火狂的个别心理治疗特别是集中于改变自我唠叨(self-verbalization)时（梅陈鲍姆，1977）就成为另一种潜在有用的治疗。多重模型治疗方案也已经成功地使用了两种特定的行为疗法。额外矫正法(overcorrect)要求患者在冲突领域作出一种新的积极反应。公开坦白并通过为补偿着火破坏的花费而工作来进行赔偿常常是一个例证。消极实践是指使放火者去放火直到厌恶为止。这种方法可能包括要求该放火狂在治疗场所的范围内一次划上一千根或更多的火柴。

二、盗窃癖

在我们的社会中，冒充顾客进商店行窃是一种常见的犯罪。由美国商业部所收集的统计材料表明大约每12个顾客中就有1个是冒充顾客进商店行窃者而且每35人中只有1个人被逮捕。许多人都为了获得刺激，为了成为“一个团伙成员”或者为了免费获得某物而进商店行窃。许多人都是偷窃

狂，因为他们并不真正需要或使用被偷来的物品。他们寂寞的行为就是对一种“无法抵抗的冲动”的反应，因为这样接着就可以获得一种放松感。

早期对盗窃癖原因的阐述如同对纵火癖原因的阐述一样都假定了一些性问题（芬尼克尔，1945），但是对这个断言的明确支持还未曾得到过。最近的说明都已经集中在减少焦虑上了，同时还着重强调了在一个从事偷盗的青少年同伙群体中的“训练经历”。偷窃狂在青春期通常是同朋友一起偷东西，而且那时所得到的支援坚定了后来的这种寂寞行为。

卡恩和马丁（1977）看见了一个被抓获的中年行窃男子，他们表现出最新的皮层萎缩症证据。起初他们认为是脑机能障碍造成了这种行为，但是后来他们发现这种盗窃癖模式在萎缩症之前就已经建立了。这个人由于脑损伤丧失了的自我觉察功能，这就产生了焦虑并使他增加了自己的偷盗行为。

凯拉姆（1969）利用厌恶条件作用治愈了一个长期在百货商店行窃的偷盗狂。凯拉姆在该患者模拟自己全部行窃顺序时把他拍成了电影，然后让他在重新放映这个电影时从想象上参加这种活动，并在这个顺序的关键时刻使用一种疼痛的电震。一些很想改变自己的患者在产生冲动时就可以通过携带一个便携式电震装置并自我施用电震来使用这种方法。如果由于某种原因不能携带这样一个装置，可以教患者屏息直到自己感到不舒服为止，这种不舒服感也可以充当一种厌恶暗示。

三、变态型赌博

象纵火癖和盗窃癖一样，变态型赌博也是一种正规的DSM-Ⅲ类型。在总人口中大约有60%都参加过某种形式的赌博。至少有500万美国人在生命的某个时期表现出强迫型赌博的特征。强迫型赌徒如同反社会者一样都喜欢寻求刺激而且把自己不赌博时的生活经历描绘成“令人厌烦的”。他们工作的目的主要在于挣钱上赌博场赌博。另一些人从外表来看更正常，他们可能会利用更合法的途径来赌博，例如商品市场。

尽管人们很少对强迫型赌徒进行正规的研究，但是下列因素可以预先使一个人倾向于变态型赌博：强调追求实利的信条而不是强调积蓄和财政计划的家庭价值观；16岁前缺父或缺母；外向和爱竞争的人格以及家庭中的一个赌博榜样。在文化上对赌博的默认也增加了赌博的人数。例如，中国人的文化价值观就强烈反对酗酒，但是却赞成把赌博作为一种可能的寻求刺激的途径。结果，变态型赌徒在中国文化中就相当多（桑诺，1980）。在美国，模仿嗜酒者互诫协会建立的赌徒互诫协会对某些人就一直有帮助。在多数情况下，赌博的习惯常常持续终生（兰金，1982）。

四、饮食过度

由于想到温泽公爵的话“你决不能太胖或太瘦”，所以美国人长期都在考虑超重以及如何控制超重。种种可能的生理学原因可以导致肥胖，其中包括腺障碍，因为它通过幼

年期饮食过量产生广泛的脂肪质组织（脂肪细胞），其中还包括遗传素质而且在一些极为罕见的情况下还包括肿瘤。1979年5月，加利福尼亚医科中心大学的一些外科大夫成功地摘除了一个200多磅重的良性卵巢瘤。这个妇女自十几岁起就一直在增加体重，她曾假定自己只是在发胖而已。

有些超重的人很贪食，这是一种包括必然产生通便的暴食综合症。这种模式的本质特征是闹饮作乐，其中还点缀着一些大量抑郁的阶段。由于贪食者倾向于“外向的至善论者”（卡斯珀等，1980），所以人们常常把治疗抑郁症（第十章）和强迫症（第六章）的方法同旨在控制饮食过量的方法结合起来进行治疗。贪食症常常同厌食症交替进行，厌食症是一种自我饥饿的形式（见第十七章）。

尽管抑郁症或强迫症可能有关，但是绝大多数超重者都只是吃的太多而且锻炼太少。对于这些人来说，主要原因是一些心理因素以及面对某些环境暗示失去冲动控制。

许多方法都曾被设计用来控制超重。有些人是从身体上控制，而另一些人则是结合种种行为矫正方法来从总体上减肥。

身体控制方法

1. 肠分道迴回手术(Intestinal bypass surgery) 把一部分肠或胃摘除，以致食物更快地通过这个部位并且更少地被处理成为能量。大夫确实可以用一种方法通过把胃拉到一边缝好来绕过约90%的胃。从根本上来说，一个两夸脱的容器被变成了一个两英寸的口袋。这个程序具有大手术的所有危险，而它专用于一些用其他方法无效的严重患者。

2．心理外科手术　人们常常通过在某些脑部位产生病变来减少食欲。这种方法也包括大手术，它并非始终有效。

3．代谢作用药品　诸如苯基丙安这样的药品可以用来提高代谢作用和抑制食欲。既然医生越来越意识到这些药品的副作用以及依赖和滥用的可能性，他们就更不可能开这些药品。

4．抑制药品　人们正在不断地研究一些将会在消化过程中抑制吸收产生脂肪的碳水化合物的药品，Phasoeolamin可以减少吸收含淀粉的碳水化合物；由各种药材公司正在生产的药品都能够阻止糖的消化。从理论上来看，人们可能会服用这些药，可能会一顿吃下自己想吃的全部药品，而且可能会很少或不增加体重。

总治疗方案

尽管控制体重增加的身体疗法能够对某些患者有用，但是由理查德·斯图尔特（1967）首先按照弗斯特·纳恩伯格以及莱维特（1962）的行为原则提出的一种标准体重控制方案已经证明对于治疗任何将遵循这个计划的患者都是有效的。如同在许多方面一样，其困难在于使患者坚持这个方案。治疗者同患者的联系越一致，这个方案就越有效（杰夫里和温，1979）。

从长远的观点来看，迅速减少体重是无效的。实际上，一个星期减少一磅多体重通常只不过是减少水份而已，而水却很快就能够再增加。减少体重的方案必须包含有生活方式的改变而不是一时爱好的食物的改变。多数成功的体重控制方案都包括以下行为：

1. 患者应该只在指定地点吃东西，例如在餐桌上。正如沙赫特（1971）所表明的，超重者已经把饮食同太多的暗示联系起来了。例如，许多人惯常在去看电影的路上或坐下看电视时吃东西。过了一会儿，在电影院一坐下或打开电视实际上就在生理上产生了有条件的饥饿反应。普雷麦克原则（即同时把一种更常出现的行为同一种不太常见的行为配合就产生了后者的出现率）的这种消极用途可以通过在从事这种行为时马上进行某种形式的锻炼来抵销，例如，一打开电视就蹬车锻炼。这种方法最后就产生了希望锻炼而不希望饮食的这种积极的条件反应。

2. 有一种相关的方法就是吃东西时不干别的事——例如看电视或看书。

3. 不同数量的食物应该留在盘子里。克拉斯纳、布劳内尔和斯顿卡德（1979）已经证明超重者始终都比正常人在盘子里留下的食物少。

4. 大体上，超重者更少意识到自己吃什么，吃多少以及怎样吃。强迫自己吃得更慢、咬得更少而且咀嚼得更长，这样可以增加对这些过程的意识。如同在生物反馈中一样，意识的增加常常导致行为的变化。

5. 如果允许小吃，那么小吃就应该只包括象生胡萝卜或芹菜这样的低热卡食物。

6. 饮食和锻炼行为都必须受控制。汤普森等人(1982)发现锻炼对于减少体重是一个至关重要的因素。增加锻炼不仅消耗热量，它还有助于自然地抑制食欲。持久的锻炼，例如走步，要比短期紧张的爆发式锻炼更有帮助。其原因主要在

于它更有可能成为一个人生活方式的组成部分。

本章依次记述了行为表现的各种障碍，它们是性变化，药物使用障碍以及人格障碍、冲动障碍和暴力。下一章将集中论述一些其中脑机能障碍是一个关键因素的障碍，即神经心理学。

本 章 要 点

1. 尽管人格障碍没有表现出明显的焦虑、古怪行为，或作为其他许多障碍模式特征的严重丧失活动能力，但是人格障碍是长期的、常见的以及破坏职业和人际活动的不稳定的行为方式。

2. 反社会人格障碍与传统的精神变态概念有关，它是以非道德性、长期破坏社会规则、自恋以及高度寻求刺激为特征的。象多数人格障碍一样，任何真正的治愈都难以实现。

3. 梅加吉根据经验得出的犯罪人格类型反映了多数监狱人口中所发现的多样性。

4. 爆发性障碍虽然表现出偶然的侵犯行为，但却没有表现出暴力事件中的这样一种有关脑机能障碍或受破坏的记忆力，而这种记忆力在象心理运动癫痫这样一些病状中却很典型。

5. 强奸是一种典型含有性动机和侵犯动机的不同混合物的模式。不象正常人那样，强奸者的性欲唤起不受着重性刺激的侵犯行为的抑制——甚至可能受这种侵犯行为的刺激。

6. 孩提时代受过滥用或示范侵犯行为影响的人更有可能在成年表现出侵犯行为。然而，凶杀的具体行为比故意行为更通常是一种人际冲突和爱情的直接后果。

7. DSM-III冲动障碍、变态型赌博、纵火癖和盗窃癖都象征着对一种"无法抵抗的冲动"的反应，其结果是一种放松感或甚至是异常的欣快感。

8. 多数人的超重只不过是吃的太多而能量消耗过少的结果而已。诸如药物或分道迴回手术这样的身体控制方法能够有助于某些严重患者。对于能够保持长期治疗方案的人来说，行为疗法——例如在指定地点吃东西和控制特殊的饮食方式——都是成功的。

第十四章　与中枢神经系统损伤有关的神经心理缺陷

我们前面讨论的变态行为，意在强调社会性的顺应不良是心理问题的一个来源。这种看法是与下面这个认识一致的，即：如果行为模式不是受一个人所处环境条件的直接控制的话，那么它就是受一个人所处环境的条件影响的。然而，重要的是不要忽视另一个至关重要的调节行为的因素：大脑和形成中枢神经系统的有关结构。几个世纪以来，人们已经认识了大脑与行为之间的模糊的关系；但只有到近代，这种关系的本质才变得具体而明确。神经心理学这一领域，把心理学、神经学和生理学结合起来，主要研究如何把大脑与行为的关系之间不可思议的复杂之谜解开。迄今，研究者已成功地证实了大脑各部位的损伤与所造成的行为模式的结果，两者之间存在着一些很清楚的联系。这些认识是通过这样的途径得来的，即人们对许多患有各种形式的大脑损伤的病人进行了辛苦的观察，同时也在受到正常控制的条件下，使用许多成套的测试（表）来研究探索这些关系。

弗兰兹·高尔在骨相学上的研究，是探索大脑与行为的关系上所做的最早的努力之一。19世纪，人们普遍地接受了这种方法，并把人格特征与被认为表示大脑发达的头骨隆起部

分联系起来。人们认为，隆起部分的分布特点证明了人格的特点。

然而，在控制行为上大脑起着重要的作用，这一点却早已为人所知，至少已有700多年了。考古学家已发掘了一些古代的头盖骨，这些头颅被残忍地砍去了一些部分，这就是所谓在头颅上开圆洞的做法所造成的结果。可能某一原始部落的人有错误的或混乱的行为，为了驱除头脑中的邪恶，部分头盖骨就被切除了。稍后，象布罗卡、沃尼克、杰克逊等著名的欧洲神经学家所做的开拓性的研究，丰富了人们对大脑在影响行为上所起的作用的认识。幸亏有这些及后来的研究者，我们现在才对大脑的结构和机能有了更多的认识。

第一节 大脑的结构组织

大脑一般分为4个区域：额叶、颞叶、顶叶和枕叶。可是，这种区分不是按大脑的具体机能而划分的，只是根据颅骨而命名的。象人体中许多重要的其他系统一样 大脑也可按其机能划分。左右两半球的大脑机能在某种程度上基本相同，而各半球均有四叶。人们现在对两半球机能的独立与复制有极大的兴趣。许多年前，人们就证实了：大部分惯于使用右手的人，由于左半球受损而表现出言语损伤，由于右半球受损则表现出空间技术受损。这一看法现在已得到了进一步的证实。而且神经学专家认为：各半球控制不同的思维过程，左半球被认为是调整语词的、分析的和抽象的过程；右半球控制整体的、非语词的和直觉的过程。

一、额　叶

卢里亚（1973）提出了一个很有价值的划分方法，就是大脑应根据3种广泛的机能来划分。他称这3种机能为执行机能，信息加工机能，和唤醒机能。按卢里亚的观点，大脑前叶或最前部（包括两额叶的主要部分）主要与计划和执行意念行为有关。额叶实际上与大脑其余部分有很高的内部联系，似乎起着把从各个中枢接受到的信息结合起来的重要作用。尽管额叶被认为在智力行为上起着卓越的作用，但这些结构受伤而引起的具体后果却是难以辨识的。许多额叶受伤的病人表现出情感变化：一些病人经历过焦虑减轻，对未来不关心，以及表现失去主动性；另一些则变得有些冲动，行为上滑稽而且孩子气（布卢默和杰森，1975）。也许其中能见到显著的人格变化的一个最著名的例子，就是菲尼亚斯·盖奇一例。他是个铁路工人，他的颅骨和额叶被撬杠刺穿了，从事故发生到他死去这几年里，他变得易怒，好冲动。受到如此严重的创伤，他的能力还继续起作用，这证实了，大脑能够承受创伤并可以从创伤中复原。

额叶受损的病人，在计划与组织所进行的活动上，常常会经历到困难。这些技术是顺利地执行个人机能的关键因素，而且按照卢里亚（1973）的观点，是智力行为的重要因素。虽然这些病人能理解工作指示，但不能完成任务。沃什（1978）注意到，有几种类型的测验特别适于评估计划组织技术，因为这些技术与由于额叶受损而出现的受到损伤的技术相似。这些测验包括各种类型的谜语、迷宫、游戏及组织

任务，这些在执行前都需要细心地计划。

成功地完成任务，不但要求有按计划工作的能力，还要求有在适当的时候中止活动的能力。一些额叶受损的病人完成任务有很大的困难，而且他们可能表现出一种被称为"持续言语"的反应模式，在此他们不能有效地完成一项任务而转向另一项。米纳尔（1963）的早期研究证实，一旦额叶受损的病人学会一种特别的方法，他们就不能容易地对一组图画进行再分类，例如：如果要求他们按照物体的颜色把图画分类，而当要求他们按形状或大小来重新分类时，他们仍坚持按颜色分类。

最后，优势半球（通常是左半球）额叶的最后部受损的病人，往往表现出被称为失语症的语言混乱。这一区域就是人们熟悉的"布罗卡区"，它在言语表达上起重要的作用。因此，布罗卡区受伤的病人表现出以言语不连贯、迟疑为特征的失语症，是不足为奇的。之所以用布罗卡区失语症，是由于这一症状指：病人的思维和意念"表达"遭到破坏，他们明白但表达不出来。由于没有能力流利地表达自己的思想，这些病人可能经历到受挫和压抑。因此对这些病人的治疗强调，既要求帮助恢复言语表达，也要求帮助排除消极情感因素。

二、颞　叶

一般与颞叶受伤有关的两种缺陷是：记忆障碍和理解言语与语言困难。一些研究者如布兰达、米尔纳及其同事们，广泛地研究了颞叶损伤后的记忆减退现象。他们的结果表

明，左半球（优势半球）颞叶损伤对语词材料记忆有不利的影响，而相应的右半球（典型的非优势半球）损伤却会损害对语词材料的回忆。因此，两边半球的颞叶损伤都会导致严重地削弱记忆功能。斯科维尔和米尔纳（1957）发表了一篇有趣的文章，对这样一个病人进行了描述。这个病人叫H·M，他做了两颞叶部分切除手术，以便控制严重的癫痫病。虽然H·M有超常智商，但后来却不能学会“任何”新信息，所以别人不得不反复给他介绍人物、地点及事情。也许他的不幸由这一事实得到了缓解，即14年后，当他再次受到测验时，他几乎记不得他自己都出了些什么事（米纳尔等，1968）。颞叶中部受损与这种类型的记忆障碍有关系。

颞叶的另一区域与不同类型的认知损伤有关。语言理解受破坏与优势半球后颞叶区有关。这一区域指“威尼克区”。患这种类型失语症的人可以说话流利，他们说话不费事而且发音清晰。可是，他们不能充分理解所听到的话语。所以，他们的言语没有多大意义，只是在对问题错误理解的基础上做出的强迫反映。因为患威尼克失语症的人不知道他们的言语是混乱的，所以他们会对那些听到他们的言语而感到困惑的人产生怀疑或发怒（加德纳，1976）。

在实际临床实践中，纯粹的布罗卡或威尼克失语症是少见的，由于一种或另一种形式占优势，所以病人大部分都很容易分辨。

三、顶　叶

顶叶之所以对行为有重要的影响，有这几个原因：第

一，有一种被称为角回——人类独有的——解剖结构位于顶叶、枕叶和颞叶的交接处。这个处于大脑皮质成熟最后区域的结构，使其他大脑中枢广泛地结合，如：那些调节言语、运动及观察机能的中枢。

第二，尤其是右半球的顶叶区与观察和概念化机能有关。观察与概念化机能指，对物体的空间特征进行操作使之概念化。左顶叶的机能不足那么明晰，但这一区域受损可导致某种语词或信号活动受破坏，如阅读和书写。

第三，顶叶前部含有躯体皮质，它起的作用是，调节疼痛感、压力、体温及来自肌肉和关节的反馈。这一区域正好在中沟的后面，最先突起内部感觉。一种确定躯体皮质受损的有效办法是，轻触病人的面颊或手背，单独触摸或同时触摸。虽然顶叶受损的病人往往可以感觉到任何一个部位的单独刺激，但常常感觉不到更远部位的刺激（如手指）。这种行为的持续模式被称为刺激无效，常表示与受刺激部位相反的半球受损，就是说，如果他或她感觉不到左手被触摸，说明其右顶叶受损。

四、枕 叶

枕叶在大脑的最后部，它在视觉中起主要作用，因为它是基本视觉皮质所在的部位。这一区域受损的典型结果是，视觉过程受到损害。仔细评估病人的视野，可以揭示病人看不见东西的最小区域。卢里亚（1973）报导了枕叶受损性质的另一缺陷，被称为“失视症”。患这种病症的病人看得见物体，但只是零碎的形式。这种类型的操作缺陷与顶叶和枕

叶的交接处受损有关系。

专栏：正电子X线摄象（PET扫描）

现在有脑电图证明，一些人——如，计算机专家和音乐家——听音符或曲子与别的多数人相比，用脑的方法不同。

这些材料来自生物学家米歇尔·费尔普斯及其合作者所拍摄的正电子X线摄象。通过对血液中注射放射性葡萄糖，追踪大脑各区域利用少量的葡萄糖，这种摄象可以提供大脑对刺激的反应的跨区域意象。

在近来的一次研究中，费尔普斯和神经学家约翰·梅齐奥托让一些自愿参加测验的人听读谢洛克·福尔摩斯的一段侦探小说。在听这段语词材料的过程中，受试者的左半脑比右半脑活跃些。接着，他们又让别的自愿参加者听几组乐曲，并问他们是否能分辨这几组曲子。这次受试者的右半脑却有些活跃。其他研究也有同样的结果。那些结果表明，手术切除右颞叶的病人很难辨别类似的乐曲。

当一些由3个、4个或5个音符组成的音乐片断，在人们的一只耳朵里，听起来是带有研究者称之为“分析性”音阶的不同等级弹奏时，便出现了惊人的发现。这些音符后紧跟着第二个片断，而且问受试者是否能分辨它们。正电子X线摄象表明，撇开用哪一只耳朵不问，没有受过分析训练的人的右半球十分活跃。这些人中的大多数后来都说，他们没有用特别的方法来解决片断上的问题；一小部分人说，在回答问题前，他们只能“把这些音符对自己重唱一遍”。

另外一些受试者，包括计算机专家、吉他手、歌唱家。他们用分析的方法来听，“我按音阶看待音符”，或者“我用大脑记录音符频率”。这些听者，跟那些听福尔摩斯小说的人一样，左半球明显地活跃些。

研究者下结论说：技术和训练可以改变一个人的大脑接受任务的

方法。贾尔普斯和梅齐奥托认为，将来同样使用正电子X线摄象，可能会揭示有关“大脑是如何组织并怎样完成任务的，这些以前无法得到的信息”，不光能得到有关大脑障碍的信息。

第二节 DSM—Ⅲ对中枢神经系统损伤的分类

近来，人们对研究大脑与行为的关系并为此提出证据十分感兴趣。这在临床水平上反映得很清楚，人们越来越强调要知道一些中枢神经系统受损的征兆和表现形式。DSM-III提供了许多帮助，列举了大量的有关大脑损伤对行为造成的结果的讨论。

DSM—Ⅲ关于中枢神经系统受损的分类，区别了器质性大脑“症状”和器质性智力“障碍”。器质性大脑症状指的是一些与许多因素有关的心理和行为症状的模式。这种分类中，最常见的症状是：智力衰退，谵妄症，和遗忘症。智力衰退指，丧失以前获得的智能。谵妄症是指与突发事件基本联系的、相对短暂的注意力不集中。遗忘症则指，记忆受损，也与许多形式的大脑损伤有关，尤其是头脑突然受创伤而出现在交接部位的损伤。

器质性智力障碍指的是，那些被认为可引起暂时的或永久性的大脑丧失机能的器质性大脑症状。

器质性智力障碍，必须根据DSM-III多轴系统的轴Ⅰ和轴Ⅲ分类（见第三章）。轴Ⅲ用来确定医学基础上的病因，

如：肿瘤，头部创伤，及各种大脑中枢神经系统疾病。轴Ⅳ和轴Ⅴ分别用来辨识对个人有影响的社会压力，以及头一年诊断时的顺应机能的最高水平。（轴Ⅱ只用来确定伴有先天性人格障碍或其他弥性症状的器质性智力障碍。）总之，如果能适当地应用，DSM-III的分类系统可以提供许多重要的材料，来制订合适的计划并且预测病情的过程。

第三节　神经心理学的评价

虽然DSM-III作为一个分类系统便于理解，但它对使用哪一种方法最适于确定大脑损伤，几乎没提供什么信息。目前所使用的几种方法，反映了当前临床神经心理学的发展水平。20世纪初出现的心理测验，极大地推进了识别与中枢神经系统受损有关的心理和行为缺陷。心理学家使用诸如标准比奈智力量表及后来的韦克斯勒智力量表，对大量的中枢神经系统障碍的结果进行了系统的评价。神经学家与心理学家的合作研究——如魏森伯格和麦克布赖德（1964）对语言缺陷的开拓性研究，提高了所谓临床神经心理学的原则。根据史密斯（1975）、雷顿（1974）、卢里亚（1973）、本顿（1975）及其他人的观点，神经心理学想使用心理和神经测验的成套的综合量表，来评估中枢神经系统受损的结果。这些成套的测验表虽然最初是当作基本诊断工具而设计的，但后来也有别的用途，如用来评估神经手术的效果，也用来评价由脑震荡、头部外伤及其他形式的创伤所引起的暂时的大脑机能受破坏后的恢复程度和比率（史密斯，1981）。近年

来，这些应用范围明显地扩大了，尤其是当高度复杂的医疗诊断方法——如计算机x线摄象（见所附专栏）大量使用之后。

神经心理上的测试很重要，因为，大脑皮质是许多认知机能的所在点，占据了大脑的很大一部分位置。大部分皮质组织具有执行更高级命令的机能（卢里亚，1973）。此外，在常规的神经评价中，虽有可能明确地评估感觉和运动区域的状态，但是，没有认知机能的综合测验，大脑的许多东西还是无法评估。

神经心理学评价的重要性，其第二个理由是，心理症状可以提供中枢神经系统受损的早期迹象。由于损伤无情地改变了大脑的机能，行为上开始出现细微的改变，而且个人就用各种行为补偿对这些变化做出反应。撇开原因不管，大多数形式的脑损伤都伴有定向、记忆、智力、判断、和情感方面的变化（萨多克，1975）。

一、假　想

神经心理学的测验方法是建立在3个假想基础上的。其一，假定中枢神经系统受损可对标准心理测验的操作产生不利的影响。在神经心理的成套测验产生之前，临床者常使用单一的测验来辨别大脑损伤的冲击力。他们假定，由于神经系统有高度结合的本质，所以任何区域的损伤都能影响其他方面的机能。后来已经证实，尽管有这样的高度结合，但具体区域的损伤往往对行为有选择性的影响。例如：在一种被称为失视症的障碍中，患此症的病人由视觉分辨物体有困难，这种缺陷是由大脑最后区域受损造成的，因为这一区域是帮助组织

视觉材料的。在另外一种认识失能症中，病人表现出可以分辨物体的迹象，但却叫不出名称。在后一例中，有关的神经损伤在大脑的另一个区域，一个连接言语与视觉中枢的区域。因此　识辨能力的减弱与大脑中明显不同的区域的损伤有关。成套的广泛的神经心理测验，如果与神经评估结合使用，常有助于确定那些引起诸如认识失能这样一些症状的损伤部位。

一个与此有关的假想是，测验分数的特别模式与大脑的特定部位受损有关。例如：使用右手的人左半球受损，典型地遭受言语损伤；而右半球受损的那些人一般都会遇到视觉空间困难，如看地图或辨方向。有时，大脑损伤甚至有可能位于一个半部的具体部位。例如：在左半球受到震荡之后而遭受语言损伤的人中，那些后前区受损的人容易遇到言语和说话困难，而那些颞叶上区损伤的对理解言语相对地很贫乏，尽管发音清晰。

然而　大脑损伤很少只限定在一定的结构，而且，中枢神经系统损伤的行为结果依赖各种因素，包括受伤时的年龄、性别、损伤的具体原因（如肿瘤与传染病），以及发现后所过的时间（史密斯，1962；帕森斯，1978）。

神经心理评价过程中的第三个假想是，这些测验可以评估标准的神经方法所不能评估的技术和机能。中枢神经系统失调的证据，可由神经心理测验的结果提供，而在别的神经测验中却不清楚。神经疾病的最初迹象往往在细微的行为症状中显示出来，例如：心烦意乱，不能集中注意力，以及解决问题的技术减弱了。在许多情况下，这样的认知过程受破坏出现在更严重的大脑疾病的迹象发生之前。同样，大脑损

伤的结果，可以在神经评价没有发现残余缺陷之后很长一段时间里持续。例如：脑震荡病人在基本损伤的生理证据消失后的很长时间里，可以继续保持失语症。

理解性的神经心理评价依靠几种来源的数据（赖坦，1974）。首先，病人在某种测验上的得分可与正常标准的得分相比。测验分数与平均数的偏差程度——如在智商测验上——可以对大脑受损的程度提供线索，特别是如果已知这个人以前的机能水平。比较受试者身体两边的反应，可以提供第二种资料来源。例如：大部分成套测验都含有单独检验每只手的运动灵活性项目。一般来说，优势手完成这样的测验比非优势手稍强些。这种模式上的显著差别，有很重要的诊断意义。第三，神经心理学家可观察到病原学的或完全可靠的大脑损伤的迹象。例如：典型的反射模式，或者对可正常感觉到的刺激的很大的感觉迟钝。这些资料一起为病人的机能提供了一个综合的概观，并且使深明严重损伤成为可能。

二、具体方法

由于大脑如此复杂，大脑有可能损伤的人需要通过广泛的测验手段对大脑机能进行一次彻底的检查。目前神经心理的成套测验，如史密斯和雷顿的那些测验，把检查从感觉意识到抽象思维的各方面的测验结合起来。一套测验要想完备，必须包括以下各种测验。

（一）一般的智力机能

韦克斯勒智力量表，是典型地用来评估病人智力机能总

水平的。往往假设（虽非总是正确）大脑创伤能严重地破坏智力技术。然而，智力减弱可由几个因素中的任何一个造成。例如：大脑有某种形式外伤的病人，由于他们总的警觉水平很低，可能表现很迟钝。在别的例子中，病人完成一套测验中的某几项很差，但完成别的却很好。在这些情况下，大脑中的损伤往往限定在相对具体的区域。因此，大脑损伤本身未必对智力机能有单一的可预测性的影响。所以，只知道病人的智商，不可能揭示机能失调的实质。还需要增加一些测验，为这种失调提供更清楚的描述。

（二）语　言

对语言技术的全面评估，最起码应该包括测验言语、阅读、书写、和理解力。语言是一种复杂的技术，很少有几项单独的测验就可以全面地评估语言的各个方面。脑震荡病人尤其需要仔细地评估，因为许多脑震荡发生在与语言中枢有关的区域。对这些病人来说，最令他们沮丧和害怕的是，虽能从创伤的突然影响中逐渐恢复，但却发现他们自己无法象以前那样与人交际了。对语言机能的彻底评估往往依仗与病人接触的方法，以此减轻焦虑。

（三）视觉与空间机能

视觉与空间机能包括很广泛的能力，由于大脑右半球受损，这些能力常常会减弱。对其评估包括：视觉辨识，视觉概念化（操纵空间概念的能力），视觉组织能力，和视觉图像技术（绘图）。对最后两种能力的测验，许多测验方法就

跟拼七巧板、或别的组构任务一样。这些测验不仅要求理解最后拼出来的东西是什么形式，还要求能把各个碎块按适当的次序拼凑起来，得出结果。因此，计划和组织是视觉组织任务的重要内容。这种技术上的缺陷叫组构上的失动症，与左半球受损相比，它们更常见的是与右半球受损有联系。这些偏差的特殊例子，使我们可以清楚地看到，这些任务是多么复杂而又高度地统一。

（四）运动灵活性

评价灵活性，往往依仗有助于确定更具体的受损部位的资料。常用的手动作灵活性测验，包括珀杜钉木板测验，和雷顿指击装置测验。这两种测验都可以用来比较左右两手或手指的速度和灵活性。大多数人都是一只手较熟练，这便是优势手，它是由相反一侧的大脑半球控制的。任何一侧的反常的迟缓动作的事实，均可表示相反一侧的大脑半球出现了损伤。

（五）记忆力

记忆力是一种重要的认知技术，而且最常受到各种形式的大脑损伤的影响。头部创伤很容易导致记忆缺失，遗忘症就是统指这些缺失的。逆发性记忆缺失（创伤前的记忆力减弱）和顺发性记忆缺失（创伤后的记忆力丧失），二者一般均出现在头部受到严重外伤的情况下。在多数情况下，记忆可以恢复，但首先从那些距事故最远的开始。而那些距事故最近，甚至包括创伤在内的记忆则恢复得较慢，有时则根本

不能恢复。记忆机能的3种基本形式是：瞬时记忆，短时记忆，和长期记忆。它们都易受大脑损伤的影响。评价第一种必需要求病人按顺序重复一些数字、单词、或者句子。这可以提供一种数据，分析病人对细节材料的专注力和反馈。短时记忆的测验，可以评估贮存材料以备检索的能力。对长期记忆进行测验，要使用一些与很久以前的事件有关的问题，或病人很久以前可能习知的事情有关的问题，例如：历史事件，或著名的人物和重要的日期。

（六）计划和组织

评价计划、组织和按次序组织的能力非常重要。卢里亚称这些技术为执行机能，测验这些技术一般是为了检查对具体行为模式的指示与执行。测验这种控制机能很困难，往往牵涉到评价各种反应的组织性质，尤其当含有几个步骤时。正如前面所提到的，缺乏组织和计划总是与额叶受损有联系。反应控制含有几个因素。一般个人能通过一系列步骤执行特别的任务，包括下列各项：分析形势；计划所需的反应；采取必需的行动；为确保确实在接近所要达到的目的，在各个阶段进行检查；任务完成时停止行动。在上述任何一个或所有的水平上，都能证实是否缺乏执行技术。

（七）情绪和情感

除了智力和认知方面外，评价大脑损伤还必须考虑情绪方面的因素。一般来说，这些情绪因素可分为4个方面：警觉，欲望状态（如睡眠、性驱动、饥饿），心境，和冲动控

制。心境状态、警觉及情调中轻微的不稳定的变化，往往是神经基础病症发生的信号。一个有用的信息来源是病人的问题的全部历史。在许多发现后被当成心理障碍治疗的神经疾病的病例中，病人能回忆起脾气、一般情绪或警觉水平上相对很突然的变化。许多神经系统疾病的发展，常常带有情调变坏、易怒或警觉水平波动的特征。

第四节 造成中枢神经系统受损伤的因素

象身体的其他部分一样，大脑及有关结构也处于不断的变化中。大脑是最后成熟的结构之一；一些联系束——连接不同的大脑中枢的神经束——直到二十多岁还在发育。然而，大脑的80％在七八岁时已发育到成年人的程度。因此，要想预测中枢神经系统受损对行为的影响，就必须考虑在多大年龄时大脑受伤的。例如，语言心理学家埃里克・兰尼伯格（兰尼伯格和朗，1974）发现，语言损伤的特别模式，是一个人大脑左半球受损时的年龄作用。如果损伤出现在两岁前，一个人很可能还会通过正常的发展阶段而带有相对很少的残余缺陷重新获得语言。在2到7岁之间的严重损伤，会得到相当程度的但不完全的恢复。7岁以后，特别是从青春期起，语言损伤会引起不断加重的永久性的语言损伤。因此，似乎在其他因素相同的条件下，小时候受的伤比以后受的伤更容易完全恢复。

一般地说，大脑左半球切除的人，不可能有调节语言所需的大脑结构。

但大脑损伤得以恢复的事实给神经心理评价又提出了一个问题。在许多头部受到外伤或其他突然创伤（如脑震荡）的病人中，一些人基本上遭受的是整体损伤。对大多数人来说，这只是暂时的。通常，由距受伤部位最远的结构所控制的机能，最先恢复。在有些情况下，创伤能持续相当一段时间，而且，虽然神经上没有明显的深度的结构损伤，但普遍的心理损伤却很明显。

在测验操作上，有两种因素对其结果有很大的影响。首先，大脑过程不断变化的本质，使得阶段评价成为可取的方法。莱扎克（1983）发现，甚至只隔几天，心理测验的结果就会有明显的变化。其次，随着创伤后时间的推移，缺陷的特别模式可能更容易确定和集中。有一点，在恢复的早期阶段，多数病人的精力很容易消耗，而且他们可能发现，无论他们的任务是什么性质的，他们都很难长时间地把注意力集中于任务上。在这些情况下，操作缺陷就成了一种一般化的现象，这是不足为奇的。渐渐地，他们的精力和耐力就增加到这一点，在此，他们的反应足以显示一种具体的缺陷模式，如调节视觉过程上不可逆转的损伤，或言语发音上的局部缺陷。

从心理学的观点来看，对中枢神经损伤的分类，必须考虑许多别的因素，包括障碍的过程（恢复或恶化），病人受到评估时的阶段（急性或慢性），创伤的本质（集中或扩散），以及病人的年龄。因此，儿童期所受的突然的、局部的头部创伤对心理和行为的影响不同于那些与退化的、扩散

性的病症有关的影响，如中年早期发生的智力衰退。第一种情况是，局部的损伤可能不会造成永久性的损伤，特别是早期受的伤。第二种情况是，由于障碍的本质和病人的年龄相对很高，所以往往会成为慢性的及衰竭性的障碍。

第五节　中枢神经系统损伤的类型

中枢神经系统障碍有两种主要的类型：弥性或扩散性影响的和那些有基本局部影响的损伤。前一类型包括科萨克夫氏综合症、脑膜炎、梅毒、各种硬化以及智力衰失。后一类型包括脉管炎、封闭性头部外伤、肿瘤以及癫痫。

一、弥性神经障碍

科萨克夫氏遗忘综合症

科氏综合症主要与酗酒和引起颞叶中大脑下皮质组织退化的病症有关。这种障碍的部分原因是缺乏营养造成的，尤其是缺乏维生素B_1，因为许多大量饮酒的人经常饮食无规律。按巴特斯（1979）的观点，记忆事件有困难的人，尽管仍保持大部分智力技术，但往往把得病的日期说得早一些。另外，神经心理学的调查表明，虽然患有科氏综合症的病人在瞬时记忆测验中操作良好，如重复一系列数字，但他们不能把各种经验联系起来，因而表现出几乎没有学习的能力。塔伦德（1965）发现，这些人在背诵任务上的学习曲线很低。在有些情况下，对以往事件的回忆和按次序安排都可能是错误的。

科氏综合症是由视觉、运动和其他感觉机能障碍同时发展而来的。及时使用维生素B_1治疗，一般可减轻这些症状。然而，与此有关的记忆障碍却更难治疗，而且恢复得既十分慢，也不彻底。如果把新材料结合到记忆中的能力仍保持损伤的话，对病人的适应技术的影响就可能十分严重，因为从经验（学习）获得利益的能力是智力行为的基本方面。在极多数情况下，记忆缺陷使病人变得完全依赖别人。除了由长期营养不良造成的扩散损伤外，患有科氏综合症的人常表现出大脑局部受伤的迹象，尤其是大脑皮质下的被称为海马的组织，似乎对创伤特别敏感。海马损伤与记忆困难始终有联系，这表明，这一组织在调节记忆过程中起至关重要的作用。

脑膜炎

脑膜炎是一种脑膜炎症，它遍及大脑和脊髓。这种组织肿大可以导致脑内压力增高，产生各种一般化的行为障碍，包括嗜睡，糊涂和辨不清方向。有些病人还证明有大脑损伤的局部迹象，包括言语困难和部分瘫痪。因为发生这些症状一般都很迅速，及时诊断和治疗才可基本保证不留后遗症。诊断常常是通过脑髓液细菌分析进行的。一般来说，使用抗生物药及时治疗可以逐渐消除脑内肿涨，消肿又可减轻脑内压力，并且减少行为症状。虽然许多得脑膜炎的人可以完全恢复，但象年龄极轻或极大以及同时发生的疾病这些因素，可能会使病人很容易出现不好的后果。

梅　毒

梅毒是一种三期的慢性传染病，是由一种叫做“梅素螺

旋体”的螺旋原虫（一种细小的卷曲微生物）侵入人体引起的。这种病毒传染常常由性接触造成。早期症状包括传染部位的溃疡和下疳，接着出现轻微的皮肤色变。这些似乎是良性的症状往往被忽视，尤其因为它们最后都会消失。这种螺旋原虫接着便进入了潜伏期，该期可达数年之久。最后，这种“梅素螺旋体”便侵入了神经系统，而且更多的症状就不知不觉地出现了。约5%的病人行为上开始出现慢性的衰弱。最基本的表现有快速记忆障碍，外貌变丑，和偶尔社会行为不当。随后的衰退可呈几种形式。一组主要的症状是，夸大的、幻想的和夸张的行为——这些都是精神错乱常见的旧迹象。早期精神病院所收容的人中，无疑有很大比例的梅毒晚期患者。如果不治疗，这种病最后会致命。可是，除了在传染的晚期，在任何时期使用抗生物药都可以消除传染并阻止衰退。现在梅毒比以前少见了，这是由于性知识的增加，卫生技术的提高和抗生物药的效力。事实上，弗里德曼、卡普兰和萨多克（1925）已经建议，多数人一生中应该多接受青霉素以有效地抵抗传染。另一些人还预言，今后一些年里，当代的性自由将会导致不治之症有所增加。

多发性硬化

多发性硬化是由大脑皮质内的多种损伤所引起的退化病症。这种病症的过程可以从几周到几十年。病情表现在时间上有变化，而且多数病人反映，变化的长度逐渐缩短。由于出现多种损伤和疾病过程变化，很难用心理测验手段来证实和预测其过程。然而，与别的相比，损伤一般都在神经系统的特别部位，而且受影响的区域常常有视束交叉、脑干和小

脑。因此，行为上的表现证明视觉、活动和调整机能受到发展性的损伤。病发往往伴有可能含有许多欣快时期的情调变化（丘希德，1976）。

多发性硬化的第二性心理反应是很常见的。这些反应有对病症不确知所引起的压抑感，逐渐依赖别人所引起的恐惧，以及行为的可预报性。病人可由于在公开场合失禁或者其他失控行为而突然感到窘迫。在这些情况下，关心病人的身体能力，尽力加强病人的自控感，可以帮助这个人保持正常的意识。

智力衰退

智力衰退这一术语是用来描述由于中枢神经系统受损而造成的智力和社会技术的发展性的衰退的。这些症状的一般模式可以由几种障碍中任何一种引起。智力衰退的最普遍的形式——老年性的和早老性的智力衰退与伴随衰老而出现的大脑病变有关（见第十八章）。正如其名称所表示的，发生早老性智力衰退，比较典型的是出现在中年后期，而发生老年性智力衰退，相对来说，则只出现在老年人中。一些专家认为，从潜在的病理上来看，对两种形式的区别太武断

动和抽象思维过程。这些区域的衰退表现，可能就在这种病症的早期迹象之中。象抑郁症和注意力分散等伴随症状有可能使阿氏病与抑郁症相混淆。可是，大脑组织的衰退特征和必然的行为结果能使最后诊断明确。这种病可持续2到5年，直到死亡。在匹氏病中，大脑组织的衰退主要限定在额叶。早期古怪冲动的表现可以发展成深度的行为衰退。与阿氏病一样，2至5年内也可导致死亡。

对这两种病，迄今尚未找出原因，也没找到治疗办法。幸运的是，其发病率的统计数字很低。患阿氏病和匹氏病的人对其周围的人有很大的影响。早熟，即一个人在壮年期具有组织的智力行为之戏剧性的衰退，这是一种使智力枯竭的现象。晚年，这些病使病人处于完全依赖别人的状态，除了植物机能外，毫无反应。

老年人的智力衰退，往往被看作与衰老有关，与具体的神经状况没有关系。可是，虽然系统的崩溃出现自然与年龄有关，但智力衰退未必是必然的。诸如脑供血不足，脑震荡和脑室增大这样的因素虽然被认为是老年人中的普遍现象，但可能，也许不可能伴有以智力衰退为特征的严重的智力和认识缺陷。相比之下，已发现没有明显的大脑病变的人也会有深度的缺陷。许多研究衰老的专家认为，象闲散和由于退休而失去已习惯的社会角色识别这样的因素对发生智力衰退起很大的作用。从这一概念上来理解，智力衰退，是一种对刺激衰落的反应，一种冷漠和厌烦的表现，而不是大脑实际损伤的反映。

二、局部性神经障碍

局部损伤对大脑机能的影响之所以使心理学家感兴趣，有几个原因。首先，对与局部损伤有关的行为缺陷进行分析有助于确定各种结构在调节特别机能上所起的作用。因此，表明颞上回损伤破坏言语理解的研究已证实了这一结构在调节言语理解上的重要性。其次，在不同的时间对患有已知损伤的病人进行测验有助于研究者了解这些损伤怎样改变了中枢神经系统的性能。例如：鉴察病人从严重地破坏了语言能力的脑震荡中恢复，已表明在恢复语言机能中大脑十分灵活。尽管机能的恢复过程现在还没完全弄懂，但显然，人们可以经受表面上使机能衰失的大脑损伤，而且以后还可以有明显的恢复。

脉管炎

有一种稠密而复杂的血管网络，帮助人们维持大脑正常机能所需的新陈代谢的高效水平。血液供应遭到任何破坏都可对这些机能有很深的影响。脑血管事故或中风就构成了损伤的一种来源。中风出现在脑内受损的血管剥夺了脑组织的新陈代谢营养时，当血管壁弱化时，这种病症就上升。这往往与年龄有关。中风和别的血管异常在大脑某些部位比其他部位更常见些。左半球前脑和中脑动脉似乎特别脆弱。左半球中风的病人常失去部分或全部语言。虽然具体的结果随中风部位的机能而变，但一般说来，包括言语、阅读、书写和理解在内的广泛的语言技能会受到影响。这些影响在中风的早期或突然发作阶段最深。机能会恢复虽是常有的，但却受

到病人的年龄、中风前的能力和中风的严重程度的明显影响。中风病人常在疗养所里接受治疗，在这里的一群专家——包括心理学家、神经学家、以及使用职业疗法、身体疗法以及娱乐活动疗法的专业人员——协同工作，鉴察并促进恢复。

封闭性头部创伤

头部受伤是中枢神经系统损伤的另一个常见原因。由机动车祸、摔倒及别的事故造成的头部受伤可以导致严重的和长期的行为变化。头部受伤的这些影响可以从两个方面来看，第一，在紧接着受伤的那段时间里（突发阶段），出现深度的行为缺陷。严重的创伤可以导致失去知觉，这被认为是保持警觉的脑干机制受伤的反映（普卢姆和波斯纳，1980）。虽然许多头部创伤只造成局部损伤，但在突发阶段其影响往往是扩散性的。一般化的行为缺陷有认识模糊、糊涂、嗜睡和虚弱。随着大脑从震荡中逐渐恢复，这种一般化的糊涂状态往往消失，而且表现出与受伤部位相联系的、更加固定、更加清楚的确定的缺陷模式。对这些病人的观察表明，创伤可引起退化性的影响，而恢复却依赖受到影响的组织的发展性重建和再组织。

头部受伤的病人一般都会经历逆性的和顺性的记忆缺失。在恢复期间，记忆逐渐地回复，首先从离创伤事件最远的记忆开始。这种记忆缺失的典型模式，与所有严重的封闭性头部创伤相伴。假定记忆丧失与颞叶损伤有关，那么，似乎这种损伤完全有可能是封闭性头部受伤造成的。颞叶正好位于头盖骨的骨基之上，特别容易受损，在受到冲击的时

候，它们常常破裂并且撕断（莱文，本顿和格罗斯曼，1982）。

肿　瘤

空间占据损伤或称肿瘤是大多数中枢神经系统损伤患者的致病原因。它们对可视行为之影响随几种因素不同而改变，这些因素包括位置、大小和增长速度。肿瘤可能是外表的（嵌在大脑表皮与颅骨之间），也可能是内部的（长在大脑表皮以下）。后一种造成的损伤更大一些，因为它们常穿透或侵入周围的大脑组织，破坏组织的完整性。神经外科手术切除肿瘤很困难，要想不损伤周围组织，可能就无法切除肿瘤的全部。外部肿瘤由于不直接侵入大脑，其影响只是由它们对大脑组织施加的压力所引起的。这些肿瘤可能长得很慢，而且在未被发现之前，它们常常很少产生具体的神经迹象。个人的情绪或认知状态的变化往往能提供损伤发展的最初迹象。一般的症状是：糊涂，记忆偏差，辨不清方向以及工作效率降低。一般说来，尽早发现大脑肿瘤可以保证治疗成功的最大可能性。一般说来，确诊后就要进行正确的神经外科手术。手术前后的神经心理会诊往往有助于评估病人的心理状态和鉴察恢复的进展。

本　章　要　点

1．几千年来，人们一直把大脑与行为的控制联系在一起，但只有到近代，研究者才开始了解其中一些有关的复杂关系。

2．大脑与有关的中枢神经系统组织在进行不断地变

化。在儿童早期变化最大；到七、八岁时，大脑已达到其成人能力的约80%。

3. 大脑的4个主要区域是：额叶、颞叶、枕叶、和顶叶。

4. 虽然这种一致性还不明确，但某些大脑区域控制心理机能的变化程度却是一致的。例如：语言的调节与大脑左半球有关系。

5. 中枢神经系统损伤的症状跨很大的范围，包括定向问题，记忆、智力、判断和情感等问题。

6. 在临床实践中，标准的评估方法往往不能有效地发现中枢神经系统的损伤。结果发明了“神经心理测验”这一综合性的术语来帮助临床评估中枢神经系统的损伤。

7. 神经心理评估测验使用几种来源的资料，包括规范的行为测试、病征迹象以及对运动和感觉测试上的左——右边偏好的比较。

8. 一套综合性的神经心理测验包括对诸如一般智力、语言、视觉空间技术、运动协调、记忆、计划能力和情感状态等这样一些区域的评估。

9. 中枢神经系统损伤对行为的影响随被认为是该障碍过程[illegible]素而变，如：创伤的本质和病人的年龄及一般的健康状况。

10. 中枢神经系统受伤习惯上是根据损害的影响是否是基本上扩散性的还是局部性的来分类的。前者类型的范例是科氏综合症、脑膜炎和梅毒。后者包括中风和肿瘤这些病症。

第十五章　智力落后

历史上，人们把智力落后的人同社会上其他不正常的人归为一类。例如，殖民地时期康涅狄克的第一所教养院（建于1722年）就显然把智力落后者同其他罪犯一起收容。现代关于智力缺陷的概念就比较开明和人道了。当前人们研究智力落后现象时，强调那些使人的能力在社会中不能得到正常发挥的智力和社会因素。1971年，联合国大会通过了《智力落后者权利的宣言》（见专栏）。

阐明这一术语有助于减少对“智力落后”的误解。1977年，美国智力落后协会（AAMD）所编的术语分类与分类指南中规定：“智力落后，指在发展期就表现出来的，与适应行为缺陷并存的一般智力机能严重低常。”（见第11页）DSM-III在规定智力落后的特征上，也采用了低智力和偏差性行为的双重标准。

待考察的问题：智力落后者的权利

下面是联合国大会于1971年12月正式通过的《联合国关于智力落后者权利的宣言》。

1．智力落后者在最大可能的程度上同其他人一样，有同样的权利。

2．智力落后者有权接受适当的医护和身体治疗，也有接受教

育、培训、指导和恢复正常生活的权利，以便其发展能力和最大限度地发挥潜能。

3. 智力落后者有权得到经济保障，过体面的生活；有权就其最大的能力程度，从事生产工作和其他职业。

4. 无论在任何情况下，智力落后者应与自己的家庭或养父母同住，参加各种形式的社会生活；与其共同生活的家庭应得到帮助；如有必要住院护理，应为其提供尽可能与其正常生活接近的周围环境或其他环境。

5. 当需要维护其健康和利益时，智力落后者有权得到合格的保护人。

6. 智力落后者有权拒绝探索性的、滥施的和使其恶化的治疗；如被指控为犯法时，有权要求按法律程序，完全承认其智力应担负的责任。

7. 无论何时，由于其严重的智力障碍，智力落后者不能充分行使其权利，或者有必要限制或否定部分或全部上述权利时，限制或否定这些权利的程序必须有法律保障，反对各种形式的滥用。该程序必须建立在专家对智力落后者的社会能力评价的基础上，这种评价要受定期检查，要得到更高权威的批准。

资料来源：《联合国大会决议案》第2856号，1971年12月20日

第一节 评 价

一、智力落后的等级

智商(IQ)低的人并不形成一个同质群。根据智商数*的范围，美国智力落后协会(AAMD)现在辨识出智力落后有4种程度：轻度(智商67—52)，中度（智商51—36），重度（智商35—20）和深度（智商低于19）。智力落后者中大约85%的被划为轻度落后，13%的中度，剩下的是重度和深度。因为占智力落后者绝大多数的第一类中的那些人可以从适当的职业和教育的训练中获得很大的益处，所以他们被称为可教育性智力落后。轻度智力落后者的典型特征是不表现出明显的神经、生理或身体上的变态。事实上，他们的智力限度直到上学几年后，遇到学习上的困难时，才明显起来。这一类人的一个重要的亚群由这样一些儿童组成，由于所处的剥夺性环境的压抑，他们智力的发展受阻碍。贫穷、社会地位低下、文化活动的变化、营养不良和大量别的因素都可以严重地影响那些儿童的智力发展，而他们出生时却有着一般水平或超水平的智力表现。这些儿童被认为是“家庭文化落后”的牺牲品。这一术语强调环境因素——而不是有限的先天能力，是行为表现差的原因。

那些智力和适应性行为反映出中度水平智力落后的人，可以学会许多基本的社交、教育和职业技能。许多人可以就

* 注：根据斯坦福—比奈智力量表。韦克斯勒智力量表也有类似的分级。

业，在适当的监督管理下，他们可以有效地工作。与中度智力落后者一起工作，要有很高的技巧和耐心，防止他们对监督和指导过多的依赖。对中度智力落后者来说，能否有效地学习新技术，取决于怎样适当地把新技术的各组成部分加以分解。

重度和深度智力落后者一般有神经、身体上的损害，也可能同时有生理上的损害，几乎需要不断地接触和监督。传统上，这些人被限制在一定的环境中，尽量避免刺激。现在的治疗探索，尤其是行为疗法，在教这些人学会一些自理和社会行为方面，已有很大收获。

二、智商的分布

人的许多品质和特征都以能够预测的比例分布于全部人口中。例如对一个学生较多的班级进行调查，可以发现学生在身高、体重、鞋子号码的大小等特征方面显示出有规律的差异。这样一个样本可能会表明，只有极少数的人处于极端，而大多数人都围绕一个中心值。列表显示变量可允许值的频数，就能得出一个频数分布表。在以大量样本为基础列表时，频数分布表明，总体部分总是在某一范围内。所谓的正态（或钟形）曲线，就是这样一种频数分布曲线，而且是比较流行的一种。

正态分布有两个最重要的特性，即均值和标准差。均值指变量的趋中形式，或称平均数；标准差指对于均值的离差的数值。在智商的正态分布中，34.13%的级数，典型地落在均值与一个标准差之间；13.59%在一个或两个标准差之

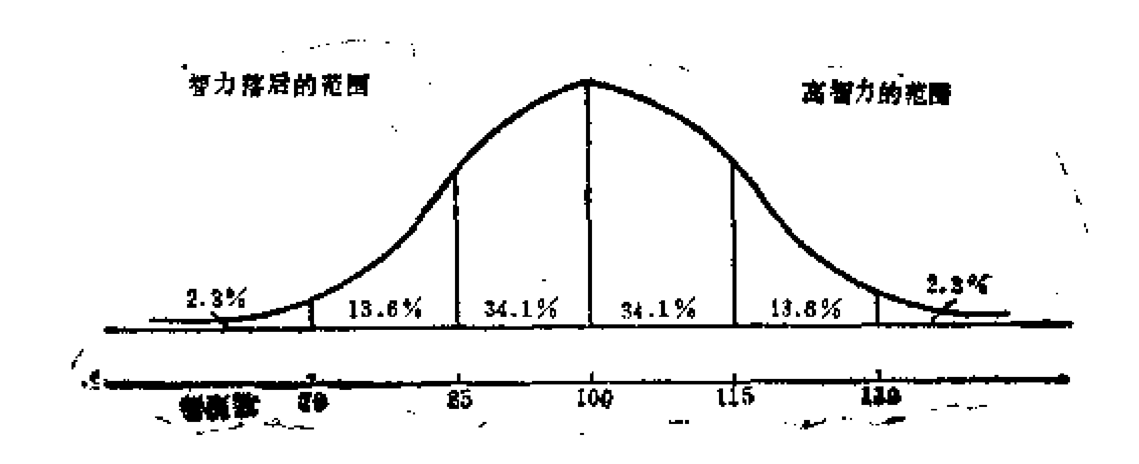
间；而2.28%的超过两个标准差（正态分布是对称的，所以低于均值的例数也与高于均值的例数一样）。这些比率是建立在理论计算上的，而同实际的分布很少确切地吻合。

发明智力测验的人一般把均值（或平均数）定为100，标准差为15。因为智商数的分布很接近，所以主要部分——几乎70%——都在中项的一个标准差中，或者说是在85到115之间。在连续的两个标准差之间，超过这一点比例就迅速下降；在一个或两个标准差之间有13.5%，而超过那一点则只有2.3%。这样可以看出，人口中大约有16%的人智商低于85。对智力落后的诊断，用于有适应行为缺陷的人，其智商显然低于一般水平——通常为两个标准差，或者更低。那么，从理论上看，人口中有2.3%的人将被诊断为智力落后。事实上，智力落后发生率的统计数字比这里要高些——约3%。根据最近统计，美国有二亿二千万人，这意味着近660万人的智商很低，符合智力落后的诊断。理论和实际比率的不同，反映存在有种种严重干扰智力技能发展的因素。在许多情况下，智力落后是一种综合症状，尤其是在智力量表较低的一端，严重衰弱的发展变态，几乎总是与明显低于一般水平的智力有关系。智商低于两个标准差单位之所以有较高的比例，似乎应归于这一事实，即智力表达受到大量因素的影响，最重要的因素是遗传缺陷，中枢神经系统损伤，以及后天性的剥夺。

专栏：智商数的范围

诊断智力落后的一个标准就是个人的智商数（IQ）。根据美国智

力落后协会所制定的指标线，智商低于70的，是典型的智力落后。智商数按这里绘制的正态（或称钟形）曲线在人口中分布。这些数字清楚地表明，智商数特别低或特别高的人，在人口中只占相当小的比例。



三、评价智力技能

因为智力落后的分类在很大程度上依据智力测验的结果，所以保证测验手段既有效又可信这一点很重要。在确定智力落后上，使用最普遍的两种智能测验是斯坦福——比奈智力量表和韦克斯勒智力量表，它们都是精心设计的，可以向有法定资格的管理人员提供对智能既有效又可靠的评价。

对低水平智能的儿童进行测验，不仅需要既有效又可信的测验表，还需要测验者的敏感。萨特勒（1982）指出，在许多方面，智力落后儿童表现出的行为，尽管用传统的观点看是不适当的，也许只是反映了一种应付向智力挑战的任务的企图。有些儿童，如果在测验者身上发现不耐烦，常常突

然感觉不舒服。如果想要测验结果可信，敏感是必不可缺的。

进行心理测验时，除了儿童的各种行为外，还有许多与明显的低水平智能有关的操作模式。有弥性发展障碍的人，如唐氏综合症，在智力测验中倾向于所有单项得分都很低。严重的文化与/或环境剥夺可导致一个儿童在完成严格按照主导文化的标准设计的任务时，得分很低。大脑和中枢神经系统的创伤对于主要依靠记忆或者视觉运动技能的测验的操作，有不同程度的影响。因此，诊断者的任务不仅限于确定智商数，还要评价一个人的智力强弱的特有模式。

四、评价机能行为

对智力落后的判断，不仅要评价智力，还要更多地分析机能行为，主要是涉及社会技能的那些。评价社会性发展有几种标准化的测试手段，其中两种被广泛使用，一是“瓦因兰德社会性成熟量表”，一是美国智力落后协会制定的“适应行为量表”。

瓦因兰德社会性成熟量表常用来测验一般智力测验没有评价的机能技术。智力落后者的父母或其他直系亲属，从6个方面对自己的行为进行评价：自助、自导、交际、社会化、运动和职业。这些技能被认为是以发展为基础的，而每一项发展项目都有年龄指标。跟一般的智力评价相结合，作为结果的个人能力测验图就提供了社会性成熟的指数，可以帮助确定智力落后的等级。

近来美国智力落后协会使用了一种评价社会能力的量表

——适应行为量表，用这种量表评价独立能力，身体能力，交际技能和社会性成熟。使用这种量表所得到的机能行为的例子表明智力落后的等级同被测者的年龄有关。

专栏：适应行为量表的范例

在一个中度智力落后的6岁儿童身上，最高的适应机能水平：

独立能力：自己用匙子吃饭，经常撒饭，弄脏衣服；自己喝水；可以穿、脱同样的衣服；想自己洗澡、洗手，但仍需要帮助；表示有大小便，并有要解手的要求。

身体机能：可以上下楼梯，但不会交错使用双脚；可以跑、跳；可以用一只脚保持短暂的平衡；可以传球、移动物体；没有帮助，可以堆简单的积木。

交际能力：可以说二至三个词的句子；可以叫出简单物体的名称；理解简单的指示，能通过名字认人。

社会能力：做简单的游戏时，能与别人合作；除了被引导参加小组活动，一般只能与一两个人合作；对一些人有偏爱。

年龄与行为所显示的水平

3岁	轻度
6岁	中度
9岁	重度
12岁以上	深度

资料来源：美国智力落后协会（1983）《智力落后的分类》（PP204-205）

五、早期检查

对智力落后在什么年龄可以可靠地检查出来还有争议。心理学家南希·贝利和其他人的早期研究揭示出，幼儿（两岁或3岁）的智商数，与10岁时再测验的智商数，两者之间的相互关系很小。然而，别的研究，如魏纳等（1968）进行的研究显示出早期表现很差的儿童，以后的智商很可能处在落后的范围内。

人们总希望在儿童发展时尽可能早地检查象智力落后这样一些情况。在一些病例中，早期发现和及时治疗，可以矫正导致智力落后的状况。例如，新陈代谢障碍苯酮尿症（后面讨论）如果检查不出，便可导致严重的智力落后。及时诊断和规定饮食规律，可以抑制症状的发展。在另一些病例中，早期检查和及时提供与儿童的发展水平相当的学习机会，可以多从关键性早期经验中获益，也可以减少丧失自尊。

生育前的遗传咨询也是早期检查的一个有用方法。这种咨询常推荐给已知为遗传变态携带者父母。例如，泰·萨二氏病，在一些犹太人中发病率很高，这种病可导致智力落后和过早死亡。这种潜性状，只有父母双方都携带关键基因时，才显露出来。可能携带有遗传基因变态的父母可以甄别出来，应劝其不要冒险怀孕。对已有带遗传基因变态儿童的父

母，也应鼓励他们接受检查，估计以后怀孕是否有危险。

怀孕期间，可以用“羊膜穿刺术”来发现某些遗传变态。医生用一支长针管刺透母体子宫壁，取出包着成熟中胎儿的羊膜囊内的羊水样品。羊水含有胎儿细胞，对于胚胞或受精卵来说，每个细胞都可识别生殖性别，胎儿就是依靠羊水发育的。接着就可以分析染色体结构，看是否有象泰·萨二氏病或唐氏综合症这样的遗传缺陷。

第二节 病原学

智力落后本身并不是一种疾病或障碍，而是限制智力和社会技能发展的多种因素的结果。按照一种统计数字（凯普等，1978），已确定有200多种明显的原因与智力落后有关，怀疑还有许多别的原因。有3类情况可与智力落后现象联系起来：遗传障碍，与怀孕和出生有关的障碍，以及早期经验的影响。

一、遗传因素

在智力落后的许多原因中，隐性品状障碍和染色体变态，是两种遗传因素。如果我们要理解它们的影响，就要了解一些关于遗传结构的背景知识。

（一）遗传结构

人体中有两种基本的细胞类型。大部分是身体细胞，组成人体结构。每个人体细胞中一般含有46个染色体，分23对

排列。携带遗传特性的基因，排列在染色体上。

受孕时，形成一个“胚胞”或称受精卵，包有23对染色体。几个小时之内，在一个细胞“分裂”过程中，胚胞分裂成两个细胞，每个染色体也重新复制，这两个新细胞同胚胞的遗传特性完全相同。这种复制和细胞分裂过程，是一种机制，通过这种机制形成无数人体细胞，每个细胞都携带有胚胞所包含的遗传信息。

在这种复制和细胞分裂过程中，某些细胞以稍有不同的方式进行，如“减数分裂”，细胞分裂，但染色体不再复制。23对染色体分离开，每对中的一个进入到一个新细胞中。减数分裂形成的细胞是性细胞，或叫配子，每个配子有23个染色体，而不是人体细胞中的46个。女性的配子就是卵子，而且都是出生前形成的。这样形成的几千卵子只有很少一部分能在妇女成熟后受孕，而男性直到相当年龄仍可继续产生配子，这种配子叫精子。

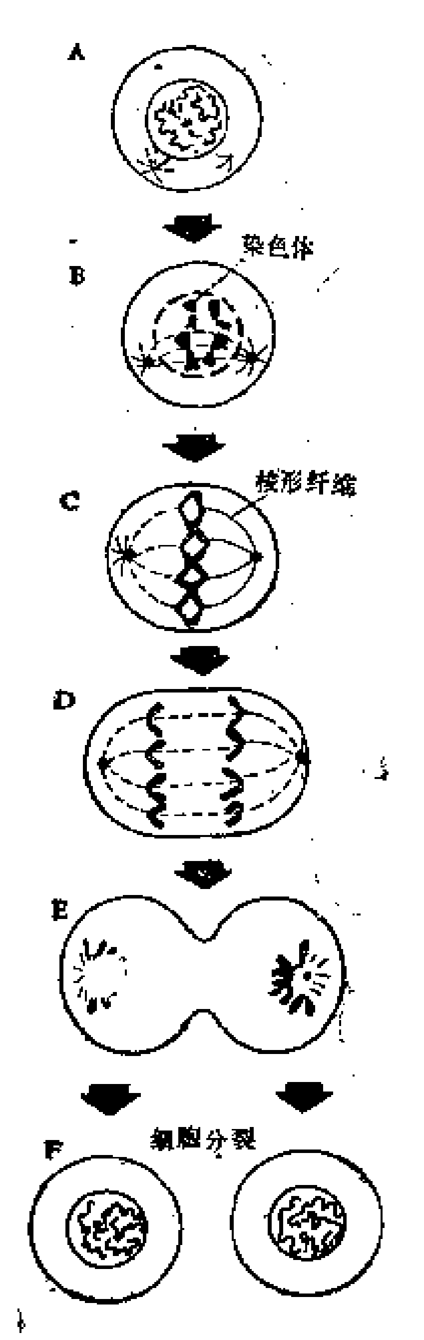
受孕时，一个卵子和一个精子——每个都有自身的23个染色体——结合，形成一个胚胞；因此，每个新细胞的46个染色体中都含有父母各方的一半。在以后的减数分裂中，每个新细胞都含有从父母两方均等得到的遗传密码，这种遗传密码称为一个人的“遗传性型”。一种相应的“遗传表型”或可见特征，能不能显现，由几种因素决定。

专栏：细胞分裂

分裂是人体细胞复制自身的过程。

资料来源：《行为生理学》内尔·R·卡尔森1981年

(二) 隐性品状障碍



罕见的遗传特性通常是由隐性基因控制的。许多新陈代谢基础形式的智力落后，都与隐性基因有联系。

“隐性品状”只有在父母双方都提供必须的基因时才能显示出来。这种情况很少见，相反，显性品状只需要从父方或母方得到关键的基因。因此，一个人可能携带有一个特别型（遗传性型）的隐性基因，而没有实际显示那种品状（蒙传表型）。隐性品状在出现的频率上不同，而那些与智力反常有关的似乎很少。在这些品状中，最常见的是隐性新陈代谢障碍的苯酮尿症，单奶糖症和黑朦性家族白痴。导致小头畸形，也就是形成一种小头的隐性状况较少见，这种情况总是伴有严重的智力落后。苯酮尿症和单奶糖症，是由于缺乏新陈代谢过程所需要的一种特别的酶造成的。苯基丙氨酸不能被肝脏产生的酶代谢时，就出现苯酮尿症。如果苯基丙氨酸中毒得不到控制，可最后引起中枢

神经退化。苯酮尿症的发病率很高，所以大多数医院对新生儿都进行血液化验，检查苯基丙氨酸的上升水平。另一种隐性新陈代谢障碍单奶糖症，是由于儿童不能代谢奶中所含的糖类所引起的。

在苯酮尿症和单奶糖症中，已证明正规食谱疗法很有效，可以抑制障碍的发展，阻止智力落后。患有苯酮尿症的儿童，在控制苯基丙酸纳入的头六、七年，有一些副作用，如发育落后。患有单奶糖症的儿童，饮食中不宜有奶。

（三）染色体异常

正常的人体细胞含有46个染色体。根据罗宾森(1970)的看法，这个数目的变化可以引起发展期的严重畸形，而且在自然流产中占很高的比例。"唐氏综合症"，也称为蒙古种型，是这些障碍中最普遍的一种，约占中度到重度智力落后者的10%。约90%的患唐氏综合症的病人，是由一种"第21组染色体"情况造成的，在这种情况中，第21组染色体中含有一个额外的染色体，结果染色体的总数成了47个。由于21组三染色体，儿童生下来便有可能有唐氏综合症，这种可能性随母亲的年龄而增长。尽管年龄超过35岁的妇女在生育总数中占很小的一部分，但她们生育的患先天性唐氏综合症的儿童却占了相当重要的比例。第21组三染色体是由几种因素造成的。一是年龄大的妇女遇到有危险的元素的可能性较大，如放射性元素，有毒的化学物质或其他环境污染。人们现在已开始懂得它们的危害了。

唐氏综合症对发育的许多方面有影响。许多患这种病的

儿童，生命早期即死于心脏衰竭。他们患别种障碍的发病率，也比一般人口中的儿童多。有关的身体特征包括小头，低垂的双耳，外伸的大舌头和眼角内眥赘皮性的上斜眼，“蒙古种型”这一术语就是由此而来的。由于重视了有毒环境因素对生活各方面的影响，人们更仔细地检查出生之前的唐氏综合症和其他障碍。最近的调查指出，唐氏综合症的总比率相对来说保持稳定。然而乌契达等（1968）报导，1960至1967间，中年母亲生育患唐氏综合症儿童的比例有所下降。这一趋势支持了这个论点：有危险的环境因素可引起女性卵子变性。因此，假如妇女的生育率愈高，唐氏综合症就愈可能流行。这种不祥预言暗示，人为的因素——放射波，工业污染和其他机体外因素——可使生育前的智力落后或其他弥性发展障碍更多地发生。

二、大脑损伤

相当一部分儿童，由于智力落后而患有神经衰弱。这证明发展中的神经系统是很脆弱的。人们做了大量研究来确认出生前后发展期大脑损伤所带来的危害。一项研究结果确定了大脑发展的关键时期，在这些时期必须供应充足的营养以保证大脑的正常发育。第一个时期是出生前的10到20周，这一时期大脑细胞正在迅速增加，胎儿必须有足够的营养供大脑的发育进行新陈代谢。因此，母亲的营养状况对胎儿的神经系统的发展有直接影响。第二个关键时期是出生后的第一年，这一时期婴儿也十分需要营养，尤其是食物中应含有足够的称为类脂的多种脂肪，这对“髓鞘”的形成是十分重

要的。在这个过程中，神经纤维细胞的轴突覆盖了一层称为髓脂质的鞘，它起着促进神经电传导的绝缘体的作用。这一时期，神经细胞的另一种重要的发育形式是树状突的分枝从神经轴突上长出，最后与大脑细胞密集地连接在一起。由于分枝象树枝一样分叉开，所以这一过程叫做“树状分枝形成”。

大脑细胞增多，髓鞘形成和树状分枝都是中枢神经系统发展的关键，直接依靠营养和无中毒情况。对儿童进行的研究表明，营养不足有破坏性作用。例如，波利特和汤姆森（1977）考察了一系列的研究，得出这样的结论：营养不良的婴儿对刺激没有正常儿童敏感。克拉维奥托等(1977)鉴定出长期营养不良对早期发展的3种逆性影响：失去有效的学习时间；关键的学习阶段受到智力落后的干扰，以及变得冷漠或者表现很低的动机状态。这些影响导致的损伤，使以后被诊断为智力落后的可能性增加。

对新生儿大脑有害影响的其他因素是出生时由于缺氧形成的并发症或称“缺氧症”。据报导，轻度的缺氧症引起以后的行为反常，如多动症、易怒和运动不协调。对这些状况是否具有永久性虽然有争论，但是出生时严重缺氧可以造成不治性大脑损伤，导致智力落后是可以肯定的。

这些因素与大脑损伤之间的明显关系表明，神经系统的发展是极易受渗透性条件影响的，如营养不良或缺氧。如果这些情况严重的话，不单能大范围地破坏智力和认识能力还能破坏身体外观特征。相反的，直至青春期，大脑的局部损伤相对来说不至于产生永久性的损伤后遗症。以后损伤的影响，无论是局部的或是扩散的，在严重性和持久性上，随年

龄而增加。

专栏：营养与智力前兆

人们很早就认识到营养不良对身体的生长和发育有逆性影响，可是只到目前才知道它对心理发展的影响。莱斯特（1975）做了一系列重要的研究，他在危地马拉对一些正常的和营养不良的婴儿进行了测验，确认营养不良削弱了儿童对环境的敏感。莱斯特研究了一种称为定向反应的特别反应，这种反应只在一个人遇到从未遇到过的刺激时出现。这种“这是什么？”的反应基本上是一种警觉机制。定向反应被认为是学习上的重要的能力，因为在学习时，注意力必须直接指向必要信息的来源。定向反应的一个特征反应是短时的心率减速。当被测试者对反复的刺激习惯后，这种反应就消失了。

莱斯特用两种很高的音调作为刺激来研究正常婴儿和营养不良婴儿的心率反应。几乎60%的正常婴儿对第一次听到的音调表现出定向反应，反复出现一种音调，他们就习惯了。如果再出现另一种音调，这些儿童中有30%表现出定向反应。明显的不同是，只有10%的营养不良婴儿听到这些声音时表现出定向反应的迹象。这一类婴儿总是表现出冷漠和没有反应。

莱斯特的资料表明，这类儿童的与注意和警觉有关的生理机制，其反应充其量是很小的。这一发现证实了这些儿童对周围发生的事情的反应是比较麻木的，结果，这种缺乏敏感容易导致这些儿童智能发展低，通常处于智力落后的范围内。

三、其他因素

智力落后不是任何单一因素造成的。大部分专家把表现出智力落后特征的种种智力缺陷看成是遗传与环境因素的共

同结果。各种智能水平的儿童，都能从丰富多彩的生长环境中获得宜处，这可以补偿不同程度的先天不足。相反，贫乏的环境可对具有任何潜在智力水平的儿童产生明显的逆性影响。布莱德里和卡尔德威尔（1976）的报道揭示了婴儿期家庭环境质量的级别同他们在四岁半时的智商数有明显的相互联系。布莱德里和卡尔德威尔发现，有两种因素对以后的智力发展很重要：（1）有充分的机会同母亲或最初的护理者之间相互刺激影响；（2）不断地提供充分的玩具和各种经验。对如上所说的相互联系，有几种不同的解释，现在尚无定论。只有一种解释认为丰富的经验对智力测验得分有积极的影响。另一种可能的解释是，母亲提供丰富的刺激是由于她们的孩子聪明，能做出积极的反应。一种着眼于遗传的解释认为，有很高的智力和能力的母亲，自然会给自己的后代提供这种刺激，因为她们的后代也同样有很高的智力和能力。

要从这些颇似有理的解释中进行选择，还要对在剥夺性环境中长大的儿童换到适宜的环境中智商数明显提高进行研究证实。克拉克和克拉克（1976）的一项调查报导了一些值得注意的证据——有些很具有戏剧性，证明这些获得是有可能的。他们俩的研究对于智力落后至少提供了两种情况，一是在一个有足够的刺激和感情来源的环境中培养儿童，可以在某种程度上弥补智力发展的先天不足；二是对原来诊断为智力落后，但获得“很高”的智商数的儿童的研究表明，某些类型的智力落后是环境造成的，而不是生物基础的原因。实际上，前面提到的“文化与家庭落后”这一术语，是用来表

示儿童的地位特征，这些儿童尽管被划为智力落后一类，却并没有表现出明显的生物缺陷。这些儿童的情况很典型，他们的智商数处于轻度智力落后范围，而向他们提供丰富的，刺激性的教育项目时，他们常常表现出具有戏剧性的进步的迹象。然而，就在这类儿童身上生物因素似乎也和环境因素一样起致因作用，因为这些儿童的父母本身也往往是智力落后者。

实际上，没有必要在这两者中选择，关键的是儿童的学习能力。这种能力除了智力非常低的外，各种水平的智力落后的儿童都具备。

第三节 治 疗

无论其原因是什么，智力落后的本质使得使用“治疗”——含有治愈的意思——这一术语有些不大妥当。一般说来，同其他人一样，患这种病症的人必须学会运用他们有限的能力。主要的区别是智力落后者特别依赖更多的帮助和组织来得到令人满意的顺应。必要的帮助和组织按落后的等级而异。大部分智力落后研究专家提到训练，而不提治疗，就是强调介入是帮助顺应而不是治愈。

那些落后水平不太严重，不必送进专门机构的儿童，一般都应安排特殊的教育项目。根据他们的特征分为可教育性智力落后（EMR）或者可训练性智力落后（TMR），前者的智商数在轻度智力落后范围，后者属中度到重度落后范围。要根据情况确定对每一类人的教育目标。可教育性智力

落后儿童的教育目标包括正常的教育和社会活动，需要同时接受补充训练和加强指导。因此，他们的需要往往由与正常的学习课程有密切关系的活动来满足。这些儿童中许多来自剥夺性的或贫乏的环境，可以在增添内容的教育项目中明显获益，尤其是能够尽早提供这些项目的话。定为可训练性智力落后的儿童，需要更多的综合性训练项目。做可训练性智力落后儿童的工作往往很复杂，这是因为许多这类儿童存在种种与智能有限相关的情况，如身体障碍等，这些情况严重地阻碍了适应行为的发展。早期发现并及时提供训练项目，能使这些儿童很有希望。

由于智力损伤程度深，有关缺陷严重而被送进专门机构的儿童目前成为基础行为训练的重点。这些行为疗法在帮助深度和重度智力落后者获得自己吃饭和大小便的技能上最为成功。尽管大多数人在组织得不太好的环境中不能有效的活动，但开发他们的能力，使他们学会自助，还是很有用处的，这可以全面提高他们在自己环境中生活的信心和本领。

犹太心理学家福伊尔斯汀（1979），在教育和训练智商处于临界点和轻度智力落后者方面做出了重要贡献。福伊尔斯汀指出，由于许多这样的儿童以一种非常消极的态度对待环境，所以他们不能有效地发展解决问题的能力，因此，在学校或强调这些能力的测验上表现很差。福伊尔斯汀还辨认出造成这种消极性的几种因素。一是这类儿童对问题采取非分析的方法，反应冲动不考虑已知的大量材料；二是他们对现实的观照总是零碎的和不连贯的，部分原因是他们不能用比较的方法把经验连贯起来。“象”、“相似”或“不同”

这样的词语在他们的言语中根本不存在；三是有的儿童不懂得解决问题需要一系列的步骤，结果哪怕他们具备适当地解决问题的能力，他们也很可能回答说：“我不知道。”

低能儿童的这些及别的特征，促使福伊尔斯汀和其他人发展了一些补救措施，帮助儿童变得更活跃，发展与环境更密切的关系。这种方法可以明显地改变认识上的被动性，从而提高智力落后儿童的操作能力。

专栏：跨文化变态——新居

下面这段描述的是作者之一参观日本一家“公社”，这个“公社”以照顾智力落后者闻名。我们到达新居时，吃惊地发现一些现代化建筑坐落在乡间，从日本港口城市大阪坐火车，用不到两时就可到达那里。当晚洗过澡，换上宽松的和服，饱餐一顿后，我们就坐下来听新居的来历。

奥拉基·马苏塔罗 是个还俗的佛僧。1937年同四家人来新居定居，这四家是被邻近的笠沼村放逐出来的。这几家逐渐形成了一种公社式的生活方式。二次大战不久，他们建了一座生产榻榻咪的工厂，这家工厂成为日本同类工厂中最大的一个。战后的经济萧条使许多私人企业破产，这家工厂却保留了下来。从社会的和经济的观点来看，这个公社能在战后幸存下来，算是一个奇迹。

从心理学的观点看，新居以其对智力落后者的开拓性的工作而闻名。1967年，公社建成了为五十多名智力落后者设计的建筑，后经扩建，其容纳能力已大于原来的两倍。这样做的目的是为智力落后者提供一个环境，让他们能在其中过创造性的和体面的生活。能在榻榻咪工厂里干活的人就在厂里干他们力所能及的工作，不能干的受到照顾，好使他们不脱离公社别的成员。

这个公社精神的一个明显的例子是，新居洗澡的习惯非常普及（费尔菲尔德，1972）。日本人洗澡不换澡水，而是在浴盆外洗。从公社生活的原则来看，保持浴水干净是相互关心，相互尊重的体现，在新居智力落后的人先洗澡，接下来是妇女，男子，尾崎先生。让几乎没有一点卫生意识和自理能力的人洗澡，首先得有极大的耐心和训练。尾崎先生说："你看上去这些人没有理智，那是出于习惯，现在他们能同别人一样保持清洁。"

这个公社照顾智力落后的人有几个特点。第一，所有的公社成员都照顾最严重的智力障碍者，每个人都必须坚持公社的这一生活原则。第二，生产榻榻咪为公社成员提供了宽阔的工作范围，在此范围内，天资不高的人可以掌握一定的工作技能，他们为整个公社的经济生活工作。

新居公社的未来还不太清楚，象许多其他类似的公社一样，它能否继续繁荣部分地依赖其领导人奥扎基先生的天才。然而，无论将发

4. 对智力技能的可信而有效的评价是准确断定智力落后级别的关键。

5. 及早发现智力落后是可能的，尤其是当这种情况是由遗传变态造成的。通过羊水穿刺术，可以分析出胎儿的染色体是否出现造成某种形式的落后的遗传变态。

6. 几种不同的因素被认为与智力落后有关，包括遗传变态，各种形式的大脑损伤以及婴儿早期经验的影响。

7. 已知引起智力落后的遗传变态既有隐性品状障碍也有染色体变态。

8. 生命早期的大脑受伤可以引起智力落后。大脑对于给它的机能施加渗透性影响的因素特别敏感。这些因素中有缺氧和营养不良。

9. 治疗智力落后要求医治目标应客观地考虑患者的限度。然而一定要记住，大多数智力落后者表现出很好的学习潜能。

10. 对于表现出临界机能的人，认知训练很有用。这种治疗法的目的在于帮助他们变得更活跃并且与周围环境发生联系。

第十六章　儿童心理障碍

儿童心理障碍的分类、诊断和治疗，相对来说，是心理学上一门新的分支学科。（例如：19世纪中叶诊断出的几种障碍中，有一种是手淫。当时许多人认为，这是青少年的性试验的结果。）1896年，莱特纳·威特默建立了第一个儿童治疗所。弗洛伊德的心理动力学理论的焦点是：儿童期是成年人人格品质发展的至关重要的时期。更近一些时期，阿诺德·格塞尔及其同事们在耶鲁大学的研究使人对婴儿期和儿童期的人格品质正常发展加深了认识。

儿童心理障碍的症状和种类很多，诺夫（1979）、奎伊和沃雷（1979）、韦纳及其他人的著述作了详细全面的论述。限于篇幅，本章仅提供一个有代表性的概观。为此，我们选择了临床上经常遇到的几种障碍进行讨论——临床实践一般被认为是经验主义的研究，并且刺激了介入方法的发展。

我们将按着发展的模式讨论儿童障碍，该模式所采取的观点是：在某种程度上，易患某种具体障碍是由儿童的发展阶段决定的，儿童早期迅速深刻的变化会产生心理脆弱和不稳定性，二者都是容易引起某些类型的儿童心理问题的因素。这些问题都随年龄的增长而变化。生物因素——儿童早期遇到的许多问题的基础，在儿童的发育过程中，很快会被社会的或环境的危险所代替。除了发展问题外，我们还将讨

论情境因素及个人气质在儿童心理病理中的作用。我们讨论有代表性的障碍时，按大致的时序，从早期发展最流行的障碍开始。

待考察的问题：儿童的权利

史蒂夫的个案

史蒂夫生于1973年1月20日。从医院抱回家不到两周，他妈妈就抱他去找警察，因为他的口鼻都在出血。9天后，她把史蒂夫送进了医院。他当时已中风，体温低常，而且胸X光表明六根肋骨和一根锁骨骨折。经过治疗，史蒂夫出院回家了。3月17日，他又进了医院，还是口鼻出血。这次由于病情严重，他在医院一直住到5月16日。第二天上午，因为他口鼻还在出血，他妈妈又抱他去找另一个警察，但没采取任何行动。

当天下午5点30分，史蒂夫的爸爸回家后，就把他打死了（摘自：昂斯蒂德和林奇，1976）。

德莫斯（1974）及其他人为西方文化中虐待儿童的老传统提出了材料证明。在古斯巴达，身心不正常的儿童被抛到野外，自行死亡。历史上，儿童挨打和遭受惩罚，往往是为了"教育"他们，或"使之性格坚强"。值得庆幸的是，这种对待儿童的方法已不再为社会所接受了。在1970年白宫儿童会议提议的"儿童权利法案"中，提出了一种更开明的方法。

1. 有在生命尊严中有保障，没有贫穷，没有歧视，没有任何形式的堕落的社会中生长的权利。

2. 有出生和在整个儿童期保持健康以及被需要的权利。

3. 有受慈爱的父母抚养的权利。

4. 有在儿童期做个孩子，对发展和发育的过程进行有意义的选

择和在社团中发表有意义的言论的权利。

5. 有要求社会机制执行上述各项权利的权利。

第一节 发展过程

没有哪一种心理学理论可以把儿童发展的活动范围包揽无余（奥肯博克，1982）。婴儿期和儿童期是各个方面都在发生迅速变化的活跃时期，如：语言技能、性机能、社交技能、认知能力以及道德的发展。但是，也可能是相应的脆弱和骚动的时期。要想在身心各个方面都同时发育成熟，儿童需要有相当的能力和灵活性。下面专栏提出了产生早期发展的许多方面的几个方面。专栏的各个竖行描述了各种行为范围内的一系列发展趋势。之所以这样安排次序，是为了说明发展的"过程"。每一栏都划分了以成熟行为告终的结果。因此，这些或其他的发展阶段理论假定个人在每一点上都得到进一步的成熟。这未必是突然发生的，而且，每个儿童在新的阶段开始时的年龄也因人而异。撇开实际发生时的年龄不管，几乎所有的儿童都按这种次序经过每一个阶段，且每一阶段都被视为进一步成熟必不可缺的。达不到成熟上的一定水平，可能延迟或阻碍以后的发展。向新阶段的过渡也未必是顺利的或自动的。由于各种原因，发展可能在任一阶段受阻，要么延迟，要么危及以后的发展成熟。

弗洛伊德的"心理性欲发展"（见第二章）的模式提出了一系列的发展阶段，每一阶段都以不同的性能量释放的方法为标志（梅斯林，1982）。在他的发展主题中，性能量是逐

渐地进入人际交往中这一认识是含糊的。因此，成年夫妇的性行为与婴儿的以自我为中心的快感追求就形成了鲜明的对照。过渡未必是容易的事，实际上，弗洛伊德认为，成年人中的许多心理顺应性障碍可以追溯到心理性欲成熟的早期阶段之发展受阻这一根源。

埃里克·埃里克森的“心理社会成熟”理论详细分析了社会的发展过程（埃里克森，1963）。埃里克森强调了在形成或是健康的或是顺应不良的人格和行为模式中的每一发展阶段的重要性。因此，在婴儿期，一个婴儿必须对最初的护理人员建立起深深的信任，否则，就会严重地阻碍以后的社会的发展（鲍尔比，1980）。在更高级的阶段上，儿童逐步趋于更加自律，然后更加勤奋，否则，就可能会抑制以后密切的社会关系的形成，而且可能导致感情上的无目标及疏远。

皮亚杰的“认知发展”模型集中在智能发展这一点上。认知发展的每一阶段都促进抽象能力——理性思维能力的增长（皮亚杰，1976）。因为这些技能在学校和职业背景两方面都受到很高的重视，所以从一个水平向下一个水平发展的失败，对总的心理发展会产生不利的后果。同其他阶段理论一样，任一发展阶段的问题都可能危及以后的成熟。例如：一个在婴儿期被剥夺了发展感觉和运动技术的适当机会的儿童，可能延误获得在学校学习中至关重要的解决问题的技能。在绝大多数早期刺激被剥夺的情况下，极端的被动性可以导致智力落后，如第十五章所见的。

劳伦斯·科尔伯格的“道德发展”模型，试图探索道德和伦理价值的形成（科尔伯格，1963）。在他看来，一种道德

观念和对社会负责的行为，是由最初的对快感的和痛苦的刺激的简单反应发展而来的。就心理问题而言，受到阻碍的道德的发展，既与反社会倾向有关，也常常与青少年犯罪有关（科尔伯格，1978）。

专栏：早期发展的各个方面

年龄跨度	性心理的发展（西格蒙德·弗洛伊德）	社会心理的发展（埃里克·埃里克森）	认知的发展（琼·皮亚杰）	道德的发展（劳伦斯·科尔伯格）
婴儿期（0—2）	用口吸吮东西，被动地获得快感（口唇期）	建立对另外一个人的信任（信任与不信任）	运动技能的成熟，对物体的控制（感觉—运动阶段）	对快感、痛苦的简单反应，满足个人的适应行为（常规前的）
儿童期（2—5）	由排泄机能获得快感（肛门期）	达到有限的个人自律（自律与羞耻）	语言的获得，信号的识别（操作前阶段）	
	生殖器快感的早期体验（生殖器期）	在与别人的关系上，学会采取主动（主动与内疚）		得到别人赞成的行为，遵守现存法律规范（常规的）
学龄期（6—13）	生殖器快感下降，其他社会认可的行为上升（潜伏期）	变得上进，勤勉和合作（勤奋与自卑）	抽象思维的能力（具体操作阶段）	
青春期（13＋）	达到生殖性交快感，（向异性生殖器期）	获得人格完整，与别人有区别但又不可分离（识别与混淆）	复杂的推理能力，逻辑思维能力的发展（正常操作阶段）	对共同的利益，普遍的原则的认识（常规后的）

其他研究者也广泛地研究了早期发展的复杂性。阿诺

德·格塞尔是研究临床发展方面最早的人之一。他是最早证实下述论点的人之一：发展的许多方面是按照大致的时间表完成的，如果受到过分的干预，就会导致顺应不良（格塞尔和托马森，1929）。因此，按格塞尔的论点，强使儿童在某些技能或兴趣上迅速发展的父母，冒有干预成熟力和促进以后的顺应不良的危险。事实上，据说受到严重干扰的儿童常常强调说，他们自己的倾向和自然素质的表达如何被别人弄得僵化了（贝特尔海姆，1967）。格塞尔争论说，任何一种干预——父母的或他人的——一定要对儿童发展的阶段和方向都很敏感。企图阻挠或重新安排这些力量，可能对儿童有害，而且，无疑也会影响孩子与父母的关系。格塞尔还制订了一些全面发展的标准，帮助早期发现弥性和心理残疾性的障碍，如：智力落后及其他不十分严重的病症。这些行为标准——来自对许多儿童的系统观察，是用来评估幼儿的，并且促进了对今天常用的婴儿和早期儿童发展量表的研究。建立在发展基础上的资料，为确定一种特殊行为是否就是变态提供了一项标准。不幸的是，许多行为没有精确的发展标准，一个基本的例子就是社会技能。然而，理解儿童心理病理学，至少要熟悉一些发展阶段和标准的概念（阿肯贝克和埃德尔布劳克，1981）。

显然，迄今所讨论的发展理论，没有一个开始把产生早期发展的范围之各个方面都包括进去。每一种理论都只注意行为发展的一个特定方面；而且，儿童需要一定的经验或刺激模式，保证沿着这些方面适当地发展。因此，在早期发展阶段上，有许多刺激的“关键时期”（考德威尔，1962）。近

来，米伦（1981）把关键时期的概念成功地用于分析人格发展。他提出，在不同的发展阶段上，儿童正在发育成熟的神经系统对某些关键经验产生敏感性。在适当的时候接受适当的刺激能增进人格发展。

关键时期这一概念对讨论儿童心理变态是至关重要的。某些儿童障碍反映了在预期的发展点上未能获得技能或未能获得对某种机能的控制。含糊的文化和生物准则一般都规定了应该获得这些技能的发展阶段。例如：在婴儿期好动往往被看作好奇和警觉的迹象；但儿童则被希望到学龄时已经学会调节他们的活动。同样，一岁婴儿缺乏大小便控制并不被认为是变态；但一个6岁儿童要是不能控制，则可能就得就诊了。因此，断定一种特殊行为是否是变态的，就必须从就儿童的发展阶段来说什么是正常的这个角度来考虑。

至此，我们的讨论已经表明了发展过程本身是如何产生心理脆弱的。但是，也还有可能造成变态行为的其他因素。有两个特别的因素值得一提：第一，有证据表明，婴儿具有行为气质——总体而言的气质，这些气质预示以后的顺应。例如：托马斯和切斯(1977)发现，他们所研究的许多发展成为"难对付"的儿童象婴儿一样难哄，也不好管。他们对气质的广泛研究已经证明，在探究心理变态的根源上很有用。

第二，必须提一提情境因素对定义和促进变态行为的作用。儿童对许多情境要求作出反应，往往在家里父母许可的行为可能在学校里就不允许，反过来也是这样。大多数儿童最后终于学会了根据不同情境的强制因素来调节自己的行为。做到这一点需要有相当的适应能力。缺乏这种适应能力

的儿童，可能会被贴上表示患有弥性病症的标签——如：多动症，即使这种行为只是在一定的情绪中才明显。这种可能性是与这个事实密切相关的：即，至于什么是正常的，什么是变态的，对于具体的行为模式成年人的知觉是不一样的。因此，对儿童来说，只是由于教师或父母对很高的活动水平相对地不能容忍，就有可能被贴上多动症的标签。

待考察的问题：治疗儿童还是治疗环境

传统上，对儿童和成年人的心理问题都采用相同的方法诊断和治疗。尽管有些疗法对二者都有效，但儿童障碍则往往需要更复杂的干预方法。一个具体的问题可能与一系列的身体、智力和情绪因素有关。在这些情况下，一种多形式的方案常常需要各种专职人员和机构的密切合作才有助于确保儿童得到适当的诊断和治疗。

在多数多重形式方案中，对问题的最初评估包括评价在儿童日常环境中起作用的因素，这种方法近似萨尔齐格等(1980)所描述的“生态系统模型”。有两个基本假说构成了生态系统方法的基础。一个是：正常或偏差行为都反映了比传统的儿童心理疗法所承认的范围大得多的环境因素中复杂的相互作用。第二个是：这些因素与儿童相互作用形成一个成分相互联系的复杂系统。这些相互联系的模式必须在有效的干预出现以前辨识出来。

研究儿童的心理学家之所以采取生态学的观点，有几个原因。第一，他们认识到，儿童已在为教育或训练他们而设计的环境中渡过了相当长的时间。当问题出现时，必须对这些环境进行检查，来确定解决儿童问题潜在办法之可能的原因。第二点，持生态学观点的心理学家认为，几乎没有儿童能够认识到在他们的发展中起作用的社会习俗，政治，以及人际间复杂的关系网络。父母本身往往也很少知道这

些因素是如何相互联系的。心理学家可以通过与儿童经常相互作用的各种机构和专职人员直接接触来帮助弄清儿童的情境。这些联盟一旦建立，心理学家就可以通过训练那些每天都与儿童接触的人来贯彻干预方案以取得最佳的治疗效果。

第二节　变态行为的分类

现在已经很清楚，对儿童障碍的分类似乎不需要依靠对成年人的分类系统。可是，儿童心理障碍已证明，想要做出可靠的辨识和诊断，似乎有点困难（戈娄，戈娄和朗普，1982）。这有几种原因。譬如，象DSM-Ⅲ这样的分类系统出现以前，没有人清楚地阐明过对各种障碍的诊断标准。而且，即便有了明显的标准，要想在不同的成年人中得到对儿童患有某种障碍的一致看法，已经证明是很难的了。父母、教师、心理学家和医生对儿童的问题可能都有不同的看法。进一步说，虽然父母往往能确切地辨认有问题的行为（托马森和伯纳尔，1982），但人们已经发现，父母所说的行为往往偏向于一方或另一方（霍瑟林顿和马丁，1979）。最后，有证据表明，儿童自己未必同意他们的父母（或其他成年人）评估他们行为的方法（赫杰维尼克和雷奇，1982）。

为减少这些似乎存在的混乱，人们都做过哪些努力呢？事实上，人们为设计适合儿童障碍的分类系统已作了许多努力。在对行为模式的大量观察材料进行收集和统计分析的基础上产生了一种广泛使用的方法。建立在这种统计程序基础上的分类系统一般采用一种叫因素分析的方法。依靠这种方

法，专职人员系统地观察，然后依据特别设计的测验量表来评价各种行为，再把结果相互联系起来确定哪些等级之间会发生联系。这些结果——被称为因素，描述了相关的行为模式。例如：休伊特和詹金斯（1946）因素分析了从问题儿童的行为描述中得来的资料，并且辨别了三类儿童："非社会化攻击性的"、"社会化过失行为的"、"过度受抑制的"（奎伊和威利，1979）。后来建立在因素分析基础上的分类，诸如：米勒和阿肯贝克的那些分类（阿肯贝克和艾德布鲁克，1978），使这些方法更加完善了。

另一种儿童变态行为的分类法，基本上是建立在临床基础上的。DSM-Ⅲ这样一种系统作为儿童心理障碍分类的一种有用的系统似乎越来越被广泛地接受，因为实际上它把临床和统计基础上的分类系统结合起来了。就其涉及的病症的多样性和诊断标准的具体性而言，DSM-Ⅲ所涉及的儿童智力障碍较之它以前的系统都更为全面。DSM-Ⅲ把儿童心理障碍细分为5个主要类别，全面地涉及到了从婴儿期到青春期的发展。

专栏：DSM-Ⅲ的儿童障碍

婴儿、儿童或青春期最为明显的障碍通常是：

1. 智力的：(a)智力落后。

2. 外显行为的：(a)注意缺陷障碍；(b)行为障碍。

3. 情绪的：(a)儿童或青春期的焦虑障碍；(b)婴儿、儿童或青春期的其他障碍。

4. 身体的：(a)饮食障碍；(b)刻板的运动障碍；(c)身体显现

的其他障碍。

5. 发展的：(a)弥性发展障碍；(b)具体发展障碍。

在早期发展阶段能最先诊断出的障碍还包括：物质使用障碍（包括酒精和兴奋药物），精神分裂症和心理性欲障碍。每一种障碍在其他章节里有详细的讨论。智力障碍——DSM—Ⅲ的范畴，是在第十五章里讨论的。

第三节　典型的障碍

如前面所提到的，我们将在发展阶段的基础上，根据每一种障碍最初被辨识出来的发展阶段，我们对典型障碍的讨论是按时序进行的。我们将从两种严重的失能病症开始——婴儿孤独症和儿童精神分裂症。前者被认为是出生时就出现的，而后者则是以后形成的——虽然在发展过程中常常很早就出现。DSM-Ⅲ把二者都划为“弥性发展障碍”一类。它保留了“婴儿孤独症”这一术语，但没有“儿童精神分裂症”。它反而有“儿童期发生的弥性发展障碍”这一类型，而这一类型囊括了以前与儿童精神分裂症有关的许多症状。这两个术语都指的是一种后天得到的障碍，该障碍以受到很大损伤的社会的和其他不正常的行为为特征。这种病症在儿童还是两岁到两岁半的幼儿期就已显现出了。接下来，我们将检查经常与学龄前或学龄早期阶段有关的3种障碍：气喘，小便失禁和大便失禁。最后讨论的3种病症——多动症、焦虑反应和行动障碍，在小学龄儿童中是最普遍的。虽

然这 3 种障碍在较早时期出现有时是必然的，但它们往往在儿童从家庭进入学校“之后”才得到专职人员的注意。

专栏：典型的儿童障碍：传统的和DSM-Ⅲ的命名

临床的名称	DSM—Ⅲ的命名一般类型	具体名称
婴儿孤独症	发展障碍	弥性发展障碍（轴—Ⅰ）：婴儿孤独症
儿童精神分裂症	发展障碍	弥性发展障碍（轴—Ⅰ）：儿童期发生的弥性发展障碍
	*（精神分裂症）	
哮喘	*影响身体状况的心理因素（轴—Ⅰ）	
小便失禁和大便失禁	身体障碍	身体表现出的其他障碍（轴—Ⅰ）：机能性小便失禁；机能性大便失禁
多动症	外显行为障碍	注意缺陷障碍（轴—Ⅰ）：伴有多动症
焦虑反应	情绪障碍	儿意或青春期的焦虑障碍（轴—Ⅰ）
行为障碍	外显行为障碍	行动障碍

*这种命名不仅限于儿童。

一、婴儿孤独症

我们几乎没有人能理解这个谜——为什么一个儿童那么缺乏交际技术而且在社交上又那么孤立，以致于为建立接触

所做的共同努力只得到轻微的不太明显的变化。然而，这正是儿童心理变态的两种基本形式之最突出的特征，这种变态就是婴儿孤独症（另一种是精神分裂症，下一步将讨论）。

利奥·坎纳（1943）在一组十一个儿童中首先发现了这种罕见的障碍（即：婴儿孤独症），并且描述了它的4种区别性特征：（1）自出生就缺乏与人联系的能力；（2）不能发展交际语言技能；（3）明显地摆脱不了要守规矩的困扰；（4）表现出孤立的智能，或操作孤岛——这一特征把患孤独症的儿童与患智力落后的儿童区别开来。拉特（拉特和肖普勒，1978）已注意到，在患孤独症的儿童身上有在智力落后的儿童身上不常出现的其他特征。这些特征包括：智商测验上更大的差异，更大的发作可能性，语言发展上的持续性延迟，以及更多的局部认知缺陷。拉特还报导说，孤独症集中表现在中产阶级家庭的儿童中——这是一种在智力落后中见不到的现象。DSM—Ⅲ把婴儿孤独症划成一种弥性发展障碍，并把诊断标准具体定为如下各项：

1. 两岁零六个月前的发作。

2. 对他人做出反应的弥性缺乏。

3. 语言发展上的严重缺陷。

4. 特殊的言语模式，最明显的是（即时的或延迟的）模仿言语，或者反复重复一个音或一个词。

5. 对环境的异常反应，如对轻噪音的强烈反应。

6. 没有幻想、幻觉、或松驰的联想（这是精神分裂症的标志）。

诊断上认为不重要的孤独症表现有：发晕，被称为舞蹈

病状的运动之重复性运动模式，和自我刺激。自我刺激的范围可以包括快速拍手到潜在的更有害的行为，如：撞头、拧自己、甚至咬自己。

病原学

坎纳（艾因伯格和坎纳，1956）发现，患孤独症的儿童的父母往往有很高的智力，但生硬并具有强迫性。通过观察，他提出孤独症是与无感情的"冰箱似的父母"长久接触的后果，这些父母不能够在感情上与儿童联系。这种假定激发了对一系列因素的深入研究，其中包括家庭背景，病史和发展的材料（里姆兰德，1946）。然而近来的研究表明，患孤独症的儿童的父母有心理问题的比例并不大于平均数（奎伊和威利，1979）。毫无疑问，日常对付患孤独症的儿童造成的压力会在家庭其他成员中产生心理问题，而且直到最近，许多父母还因其儿童的病况受到谴责。精神病学家约翰·基萨（1968）写了关于他为自己的患孤独症的孩子寻求治疗时所感受到的痛苦以及受到的谴责和怀疑。他的描写令人不得不信。但是，这些只是孤独症的结果而不是原因。

人们普遍都一致认为，孤独症的症状通常在出生时就出现了。因此，出生前或近出生的变态——这一点现在还不确定——被假定为行为问题的原因（诺伯劳克和帕萨马尼克，1975；奥尼兹和雷特夫，1976）。婴儿对护理不能正常地反应（如不能象正常的婴儿那样，使他们自己"成形"），会阻止母子之间形成密切的社会契约——这里指依恋的感情（克兰西和麦克布赖顿，1975）。

大多数研究者认为，语言障碍是形成孤独症的中心。这

在某种程度上可能具有一种神经学基础；布莱克斯多克（1978）已提出证据证明，患孤独症的儿童表现出大脑右半球优势的迹象，其中包括明显地爱好非语词刺激，如音乐。5岁时还不能正确地运用语言对青春期和成年早期的孤独症症状有很高的预示性(诺夫，1979)。对患孤独症的儿童中的认识缺陷的研究所提供的经验材料证明，孤独症对儿童早期的发展经历有不良的影响（德迈尔，1976；奥尼兹和雷托夫，1978）。先天的、生物基础上的病症至少以两种方式干扰与环境的相互作用。首先，许多孤独症儿童似乎有干扰正确接受和反映周围事件的知觉障碍，结果，对周围环境的最初的和随后的印象可能与正常儿童的根本不一样。其次，他们的不正确领悟会干扰对感情契约形成至关重要的早期社会相互作用。因此，这些儿童从悟性和社会这两个方面一开始就受到了阻碍以致于后来的干预效果甚微。

无论其原因是什么，孤独症都是一种严重的失能病症。大多数患孤独症的儿童都有某些零散的、超平均水平的智能，但却达不到全面的令人满意的心理顺应能力。结果，多数人最终都生活在高度隐蔽的环境里。威纳(1982)报导说，约50%的患孤独症的儿童到青春期时都被收容入院。预后最差的儿童是那些在出生时便表现出严重症状的儿童。如果生物基础上的反应系统不能正常地发挥其机能，那就可能导致早期的经验枯竭，这严重地危及到发展。患孤独症的儿童往往还进一步受到神经性变态、出生并发症、身体变态以及母亲压力的阻碍（哈波和威廉斯，1975）。天生有这些弥性畸形的儿童，即使得到精心治疗，也不能完全克服他们的障碍。

治疗

象孤独症一类的儿童期弥性发展障碍需要综合性的治疗，在有些情况下，还需要监护。多数方案的目的在于指出每个儿童的具体需要，并设计出十分详细的治疗计划。对于两种最普通的（虽然不尽相同）治疗模型来说，尤其如此。这两种就是用来治疗患孤独症或其他弥性障碍的儿童的：行为疗法和环境疗法。即使这样，已设计出的治疗方案无论如何全面，对患孤独症的儿童也只不过有一种有限的效果。已得到证实的进展只出现在某些具体方面。

待考察的问题：对诺亚的治疗

对付抚养一个受到严重阻碍的孩子这一现实，对父母来说是困难的。在《一个名叫诺亚的儿童》（《生活》杂志，1970年10月）以及以后的两本书中，乔舒亚·格林菲尔德叙述了抚养一个被诊断为患有孤独症、大脑损伤、智力落后和“严重的情绪失调”等多种病症的儿童所经历的甘苦。由于诺亚的病症在出生时不明显，他的父母只是逐渐地意识到他与别的儿童不一样。

诺亚引人注意的体格外貌掩盖了他的行为和语言技能上的严重缺陷。到他几个月时，才有迹象表明他有问题。在9个月时，他还不能象别的婴儿那样翻身或坐起来，但是儿科检查的结果是其他方面都正常。几个月后，诺亚的发展延迟变得明显了，他的父母才带他进行了大量的会诊、检查和诊断。但诊断结果变化无常，毫无意义。

尽管诊断结果相互矛盾，可一定的症状是明显可见的。最重要的一点是，诺亚不能与别人进行预期的或有效的交际。有时他对说话声或其他声音过分敏感，可有时又显得对它们不敏感或不在乎。可听懂的言语几乎不存在。结果，诺亚似乎就生活在他自己的世界里。

诺亚的父母终于寻到了援助，通过加利福尼亚大学洛杉矶分校的一位心理学家欧·艾弗·洛瓦亚斯博士的指导，对他进行行为上的语言定向训练。然而，这种训练产生的效果是有限的。诺亚逐渐学会了几种依赖条件反射的反应模式；到5岁时，他在排便训练上成功了。当受到语词反应强化时，他也能说最起码的模仿言语。

以后的几年里，诺亚的病症转化很小。在《诺亚的天地》(1978)一书中，格林菲尔德说，他对奇迹般的治愈可能性几乎不报幻想了，相反他只注意一些小的收获，如真正关心诺亚的人和方案。尽管诺亚的父母为其病症寻求治疗百般努力，最后，诺亚可能还需要医院的长期护理。

诺亚的情况揭示了传统的医疗和心理干预的某些局限性。诺亚显然患有多种病症，包括大脑损伤、智力落后和严重的发展性失能。这些术语仅仅描述了诺亚的症状，而治疗方案在改善他的整个病情上其能力是有限的。

1. “行为疗法”：使用行为疗法的治疗者从对儿童的各种机能技术进行全面的评价入手，然后设计出操作性条件作用方案，以社会和交际技术为主提高其机能作用。在最初证实行为疗法对患孤独症的儿童有效的人中，弗斯特尔(1961)使用了一种叫“成形”的方法。这种方法包含把行为模式先拆成一些小的单位，然后再按次序一一教给儿童，对成功的操作进行奖励。随着儿童掌握了这一系列的步骤，行为便大致接近了预期的目的。成形法已在象技术训练(钦特根等，1965)和语言发展(洛瓦亚斯，1977)等不同的方面得以应用。在一些患孤独症的儿童中见到的自伤行为(如不断地咬自己或撞头)，已通过厌恶条件反射得到了有效地排除。一种有争议的变体是，在自残反应中施行短时的电震

疗法。在任何情况下，象为教语言技能而设计的方案这样一些成形方案中，都含有艰难的、费时费力的阶段。甚至，即使成功地完成了这样一种方案后，还遗留有一些孤独症行为的迹象，其刻板的、机械的性质通常很明显。例如：拉托（1968）发现患孤独症的儿童的语言进展往往保持在一种很机械的水平上，而在使用语言上没有相应的变化。一些研究者报导了用象信号语言等非语词交际系统的更大成功例子（邦维宁、纳尔逊和莱恩，1981）。

2. “环境疗法”：环境疗法提供一个精心控制和规范化的环境，该环境的设计为在养育环境中提供大量的成长和发展的机会。原则上，要是有相当的高度组织的话，患孤独症的儿童对环境和其他方案的反应似乎相当好（斯科普勒，1974）。布鲁诺·贝蒂尔海姆(1976)在芝加哥直生学院的工作，是环境疗法的最好例证。贝蒂尔海姆的主要治疗标准是障碍的严重程度。他的工作对象是一些其行为受损程度足以确诊为心理变态的儿童，其中包括孤独症和精神分裂症。他把儿童的心理变态归因于由母子关系破裂而产生的创伤性恐惧。把儿童从家庭里移出去视为必要，而且父母一般都要单独地参加治疗。这种方法的设计是为了鼓励儿童克服对接触人的恐惧，而且逐渐学会对他人产生信任感。虽然贝蒂尔海姆和其他一些人宣称这些方案很有效，但至今这些还未被广泛地证实。然而，有某些迹象表明，有高度组织的方案比那些无组织的方案能提供更有效的治疗环境。



对于治疗孤独症的效果，最重要的预后因素是病症在初诊时的严重程度。不论采取任何治疗方式，受到严重影响的

儿童都不可能有明显的好转。坎纳（1971）的跟踪研究为此提供了有力的证据，30年前他诊断的11个患孤独症的儿童中，他发现，只有一个能独立地生活。同样，德迈尔等（1973）对120个患孤独症儿童长期的再评价表明其中超过$\frac{2}{3}$的人需要广泛的不定性监护。

二、儿童精神分裂症

1933年以前，布鲁勒对早发性痴呆（早期精神病）的诊断标准被不加鉴别地用于儿童，但却命名为“前早发性”痴呆（“甚”早期精神病）。（见第三章讨论的布鲁勒标准。）在1933年，波特把儿童精神分裂症确定为一种独特的心理变态，通常在青春期前才能诊断出，而且在对一些患有情绪失调的儿童观察的基础上，形成了一套专门用于儿童的诊断标准（戈德法布，1970，第769—770页）：

1．普遍地将兴趣从环境中撤回

2．不现实的思想、感情和行动

3．思维紊乱，通过语无伦次表现出来

4．缺乏情绪协调

5．歪曲的情感表达

6．行为改变：趋于连续的活动，或完全静止的，或伴有持续言语倾向的古怪行为

专栏：儿童精神分裂症和婴儿孤独症的特征

临床方面	儿童精神分裂症	早期婴儿孤独症
发病	逐渐的，在2到11	逐渐地明显，但出

	岁之间，一段正常发展之后。	生时可能已出现了。
社会的和人际的	对外部世界兴趣减少，萎缩，失去接触，与他人的受到损害的关系。	不能表现预期的姿势运动；持续单调的动作；即使处在别人中，也似乎只在自己的世界中。
智力的和认知的	思维失调；感觉上的问题；歪曲的时空定向；智商低于平均水平。	高度的空间能力；记忆力好；智商低但似乎有智力潜能。
语　　言	言语失调；缄默症，或言语不用于交际；希奇古怪的联想。	言语失调；缄默症，或言语不用于交际；非常呆板；延迟的模仿言语；代词颠倒；直到6岁时还没有“我”和“是”等词。
情　　感	情感表达与协调不足；缩减的、歪曲的，和/或不适当的情感。	难以接近和对人情感上无反应。
运　　动	古怪的身体运动；重复的和刻板的动作；运动笨拙，灵活性的歪曲。	撞头或摇晃身体；非常敏捷和灵巧；对机械物的专注；旋转的，重复的运动。

身体和发展模式	不平衡的身体发育；正常节律模式紊乱；脑电图异常。	特别的饮食习惯与偏食；脑电图正常。
家　　庭	精神病发病率高。	智力、教育和职业水平高；离婚率和精神病发病率低。

一般来说，正是发病的年龄区分了儿童精神分裂症和另一种主要的儿童心理障碍，婴儿孤独症。所附的专栏提出了诺夫（1973）总结的这两种障碍之间的几种不同形式，这些是许多研究者都已经注意到的。

DSM-Ⅲ 对“儿童期发生的弥性发展障碍”的分类，概括了儿童精神分裂症这一术语所表示的许多症状特征。这两个术语都指的是心理失调的一种严重形式，在这种形式中人际之间的关系受到了严重的损害，而且一般说来，儿童的行为就更加古怪和不寻常了。人们进一步认为，在一个相对不平衡的发展之后，这种障碍才出现。然而，DSM-Ⅲ 并没有用“精神分裂症”这一术语来描述这种障碍，这一事实是非常明显的。把这种病症当作一种弥性发展障碍，是为了把它与青春期和成年期诊断出的精神分裂症区别开来。由于不包括精神分裂症的诊断症状标志——即：幻想、幻觉和疏远的关系，这一区别就更加明显了。

根据DSM-Ⅲ，真正的精神分裂症是一种一般只出现在青春期或青春期以后的并发症状。由于不用这一术语来描述有严重障碍的儿童，DSM-Ⅲ分解了这两种病症之间的关系。既然精神分裂症的症状、病原因素及治疗方法一般都

是看在什么年龄发病的（柯伦·蒙蒂和克里维奥，1982），那么请读者参看第八章有关这种障碍的详尽的讨论。

DSM-Ⅲ的“儿童期发生的弥性发展障碍”这一类型是否真正有必要，还是个问题（阿肯贝克，1982）。虽然一些有严重障碍的儿童符合诊断标准，但是他们的行为，从机能上来看，往往很难与被描述为有孤独症的儿童区别开来。尤其当前一类儿童在很幼小时就产生这些症状，情况更是如此。所有这些儿童都同样需要全面的护理和治疗。前面使用的儿童精神分裂症这一术语可能已区别了不同类型的有严重障碍的儿童，因此从理论上来说，这些区别比实际上的意义更重要。事实上，讨论治疗患孤独症儿童的方法，一般也同样与有其他弥性发展障碍的儿童有关。考虑行为基础上的方案时，尤其如此（施赖布曼和科格尔，1979）。

三、哮　喘

虽然在DSM-Ⅲ中哮喘不是作为一种儿童障碍讨论的，但它却是一种重要而有趣的临床病症。对许多儿童来说，它含有生物的和社会的因素之间的相互作用，常常出现在儿童早期。哮喘是一种由肺部支气管收缩造成的反复发作的障碍，其症状序列含有：呼吸困难，喘鸣和胸部压迫感。无论对于儿童还是成人来说，反复发作都可能是痛苦而又可怕的。一次严重的发作，如果不及时治疗的话，可以使一个人好几个小时什么都干不成。哮喘的发作可以由各种因素引起，包括过敏、呼吸道感染和心理压力物（里斯，1964）。从生理上来看，哮喘是由副交感神经系统反应过度而引起

的，而且药物治疗常常使用肾上腺素，一种类交感抑制剂。

病原学

虽然药物对于治疗哮喘病具有关键的作用，但它被普遍地看成是心理生理障碍（见第五章）。实际上，人们还不太清楚心理压力究竟是怎样引起身体症状的。得到普遍赞同的理论可分成两类，一类强调心理上对压力的脆弱，一类把生理症状归因于未知的内部心理缺陷。

斯坦贝克（1966）的心理生理障碍模型强调身体上的脆弱与社会心理压力物之间的相互作用。在哮喘发作的情况下，必须有3种症状表现：（1）一种脆弱的器官系统以特殊的方式对各种压力物产生反应，斯坦贝克称这种症状为“反应立体型”(response sterotypy)；（2）接触压力环境；（3）控制个人对压力的反应的调节机制之崩溃。这些机制包括身体化学变化到大规模的行为反应（如：利用度假来“彻底摆脱它”）。

内部心理缺陷理论强调使个人容易患哮喘症的未知缺陷的作用。这些理论假定，对病人直述这种缺陷有很大的威胁，因此他接受间接的办法。例如：亚历山大等（1968）提出，在与母亲分离时，哮喘以直着嗓叫“救命”使恐惧和气愤信号化。无疑，一次严重的哮喘发作的症状——脸色灰白、呼吸困难、胸部压迫感，是要求儿童的护理者接近儿童的迹象。因此，在一种水平上来看，满足一种高度明显的需求（在此，需要母亲注意），可能会加快哮喘的发作。

想把有区别性的人格品质或父母的具体态度与儿童中出现的哮喘症联系起来，这样的研究已经失败了。珀塞尔(1968)

和另一些人已经发现，哮喘症在下列不同的条件下可能不同：（1）儿童的或幼儿的父母对哮喘突然发作时有关事件的看法；（2）与重要人物分开时儿童对它反应的性质；（3）生物特征；（4）要么父母要么儿童所表现出的心理变态的程度。人们不断发现，对有哮喘症的儿童可以根据他们是否一住院就迅速减轻来进行可靠的分类。

治 疗

大多数患哮喘症的儿童要用药物来减轻发作时的急性支气管痉挛。可是，我们总是应该考虑采取一种多种形式的治疗方法。当确认行为、认知和交往因素能加重哮喘时，心理干预就是一个很重要的方面（克里尔，1982）。在这些例子中，你可以发现，这种症状在DSM-Ⅲ的轴—Ⅲ上被当作影响身体症状的心理因素。

当把一些患哮喘症的儿童与家庭隔开送去住院后，他们会表现出迅速的好转(珀塞尔和韦斯，1970)。这并不证明与家庭有关的压力对哮喘起作用，虽然住院的儿童也离开了潜在的变态反应源。珀塞尔、韦斯和哈恩(1972)主张，家庭因素“可以”对哮喘起很大的作用。他们研究了一组患哮喘症的儿童，当他们的家人暂时离开家时（尽管仍接触变态反应源），他们的哮喘就完全减退。似乎这些儿童生活在这样一些家庭系统中，它们对象哮喘这样的心理反应产生足够的压力，要么触发要么加剧这种心理反应。象这样的情境下，通过促进家庭成员之间更加有益而又有效的相互作用，家庭疗法可以帮助减低总的压力水平（韦斯和威德尔，1982）。（见第十八章关于家庭治疗的更详细的讨论。）

个人治疗也是一个有效果的治疗部分。行为疗法在治疗哮喘儿童上似乎很有前途。例如：莫尔（1965）报导说，在帮助哮喘儿童的呼吸模式上成功地应用了系统脱敏法的程序。最近，亚历山大（1980）讨论了使用行为疗法来减轻哮喘症受害者所经历的预期恐惧。

四、遗　尿

遗尿这一概念一般指膀胱控制最初建立后，出现偶尔的尿床（或称小便失禁）。在西方文化中，这种现象一般出现在2—3岁之间。根据大多数统计，其最常见的形式——尿床（技术上称“夜间遗尿”）对所有7岁儿童的影响高达20%（奎伊和威利，1979）。通常，儿童获得了膀胱和大肠控制机能后就不再复发；多数遗尿儿童在其发展的某个时期已表现有膀胱控制。

病原学

心理动力学理论、发展理论和行为理论以不同的方式描述了遗尿症。从心理动力学的观点来看，小便失禁是对父母的某些错误表示气愤与敌视的一种方式（马斯林，1928）。得到膀胱控制以后出现的遗尿被看成是一种退化形式，或回复到一种以前的表达方式。例如：一个新的同胞出生后，很快就会有一个大些的同胞遗尿，心理动力学理论可能把这看成了失去父母关注后的反应，因为该关注现已集中于一个新的家庭成员身上了。遗尿儿童的反应释放出遭到抛弃时强烈的愤怒和恐惧感，而且通常会重新得到父母的关注，至少是暂时的。因此，选择治疗应选心理疗法，这并不奇怪，然而其效

果还有待验证。

发展论者把遗尿看成是由于在不适当的时间进行习惯训练所造成的。麦克基恩（1968）提出，1岁半到4岁半是膀胱训练的关键时期。这段时间以前，儿童的肌系尚未发育成熟，对训练没有反应。发育成熟以前训练膀胱控制的努力常常使父母失望、儿童焦虑。相反，年龄太大了才训练就困难了，因为遗尿习惯已经完全养成了。

行为定向的临床者，如莫厄尔和莫厄尔（1938）及阿兹林、斯尼德和佛克斯(1974)，把遗尿看成是没有养成正常的排便习惯——因为其中有，但未必仅限于发育成熟的因素。象发展论者一样，行为论者也强调，儿童必须有必要的肌肉控制，但他们好象很少考虑训练的关键时期。这种观点之所以被广泛地接受，这里有两个原因：第一，几乎没有事实能提供材料证明，情感障碍是常常引起遗尿症的因素这一心理动力学假说。支持这一假说的早期研究，是建立在以有其他问题而被送到诊所去的儿童为标本的基础之上的，碰巧他们中有许多也有遗尿症。自此以后，象拉托等人（1973）的流行病学研究证实了，没有引起医生注意的遗尿儿童总是表现出很低的心理变态水平。因此，似乎应该提倡使用一种以治疗症状行为为目的的重实效的方法。第二，对遗尿症的治疗是可行的；在学习理论的框架中已产生了几种有效的治疗方法。

很少听说青春期或青春期之后还有遗尿的，即使在儿童早期有而且没有治疗。然而，由于长期遗尿对所有的有关者都不是一件愉快的事情，所以再怎样强调早些治疗的重要性也不为过分。虽然研究尚未揭示尿床与情感障碍之间是否有很

强的联系，但它持续得愈久，遗尿症患者可能参加的社会活动就愈少，如野外露宿或者在朋友家过夜。

治 疗

治疗遗尿症的方法有很多，但有些方法的疗效不太大。据说，使用丙咪嗪治疗复发率很高。使用药物治疗，每天50毫克的剂量，约两周后逐渐减少（诺夫，1979）。可是，药物治疗是一种消极的办法，几乎不能训练儿童实际的自控能力。

遗尿症的心理治疗一般采用传统的或操作性的条件反射基础上的各种方法。

1. “传统条件反射法”：莫厄尔和莫厄尔（1938）使用了一位德国医生介绍的方法，并把这种方法定为“铃声和垫子”法。把夹有吸水材料的两层锡铂片放在儿童的床单下，如果这个儿童在床上遗尿，浸透了的吸水材料就接通了两层锡铂片间的电路，使铃或蜂鸣器响起来，儿童听到蜂鸣声就会起来上厕所。实际上，其作用不十分理想，这一点已得到商店里常见的那种铃和垫子验证。可是，为确保这一方法有效，还得配合大量的训练，而且复发率也很高（多利斯，1977）。这可能是传统条件反射原则中的几个技术错误所造成的。

在传统条件反射这一术语中，铃声是一种无条件刺激，不需要事先训练就可以唤醒儿童。治疗的目的在于训练儿童一感到膀胱有压力或流尿（条件刺激）就醒来（条件反应）。无条件刺激（铃声）和条件刺激（膀胱压力）之间被假定为有联系，可能是因为这两种事件几乎是同时发生的。可是，条件刺激（与尿床有关的膀胱压力）实际上是在无条件刺激

（铃声）之前几秒钟。人们都知道，由于条件和无条件刺激同时出现能完善学习，所以这个系统有些放松作用。其次，条件刺激（膀胱压力）的实际特征难以具体说明，因为它随每个儿童的解剖结构而变。因此，在铃响的时候，很难确切地了解膀胱的实际紧张水平，而事实上，这种水平可能变化很大，且减弱专门习得的联系的强度。通常，条件刺激是试验者可以事先准确调节的、中性的、“外部的”刺激。这些及其他原因都证实了这一点，铃和垫子方法治疗遗尿症可能不会产生可信的传统条件作用。因此，很难建立和保持预期的唤醒反应的作用，这是不足为奇的。

2. “操作性条件反射法”：一种可选的获得突出效果的方法叫“干床”训练(艾兹林，斯尼德和弗克斯，1972)，是由成功的排便基本技术训练派生出来的（艾兹林和弗克斯1974）。在整个训练中，通过保持儿童在相对的短时间里忍住尿，进行集中注意力的训练。经常督劝小便的结果就与成小时的清醒、表扬（对成功的儿童）、厌恶（对失败的）联系起来了，例如让失败的儿童马上换床单、或者不睡觉而练习正确的排便反应。这种不同行为和相应的强化（正确的排便得到表扬，尿床的得到温和的惩罚）之间的联系，是操作与学习相结合的典型。艾兹林、斯尼德和弗克斯（1972）报导了这种方法令人鼓舞的结果，其他研究者也报导了这一点（格里菲斯等，1982）。后者发现，这一方案的成功在某种程度上需要大量的时间和精力，尤其是起初阶段。可是，总而言之，操作矫正已证明对夜间遗尿有很高的疗效。

五、大便失禁

大便失禁指完成大肠控制后的便污，不伴有神经肌肉障碍（谢弗尔，1979）。与小便失禁相反，大便失禁经常发生在白天。大便失禁被看成是比遗尿更严重的问题，而且表现有严重的心理问题的迹象。传统上，心理动力学观点把控制问题与人格发展的肛门期的缺陷联系起来了。在这一时期固定下来的成人，要么产生肛门滞留、要么肛门排出人格；前者排便困难，后者失调紊乱。可是，这些品质未必都是病因性的。一旦大肠控制学会后，再发生的持续性大便失禁，才被看成是一种退化现象。一般地说，有严重智力障碍的病人中才出现这种情况，而且可能意味着人格结构的补偿失调。在绝大多数病例中，会出现玩弄或涂抹粪便的现象。

即使不伴有严重的心理失调的迹象，大便失禁也应及时治疗，因为大肠调节失控总会招来社会耻辱。尽管别人有可能会蔑视和讥笑，大便失禁的儿童可能会坚持他们的行为，因为它可以引起父母的关注。这些儿童常常表现出其他与依赖模式和发育不成熟有关的婴儿行为迹象。人们发现，在许多被诊断为患有精神病的儿童中也有大便失禁现象，而且在那些低智能的儿童中也有。

采取奖励正确的排便行为的操作条件反射程序法，在治疗大便失禁上已获得了成功(诺夫，1979)。其他方法，如矫正训练法（巴特勒，1977）也获得了成功。矫正法主要是广泛地训练那些与矫正目标不相容的行为模式（克雷赫德等，1981）。其大便失禁不是伴随着诸如智力落后和精神病

这样的病症出现的儿童，在治疗后一般都会表现出令人满意的重新调整。在应用家庭疗法的一些例子中，据说也有很好的效果（安多菲，1978）。

六、多动症

调节和集中行为的能力增长是发展的一个重要特征，而且似乎直接与控制唤醒和注意过程的某些大脑组织的发育成熟有关系。随着这些组织的发育成熟，儿童获得对其行为的内在控制，而且他们的行为更有目的性，注意力也更集中。有证据证明，比起儿童在四、五岁时，典型的七、八岁儿童的行为少些。

然而，有些儿童没有获得一般到学龄期已经明显的行为控制。事实上，据统计，至少有5%的学龄儿童在这方面有问题（美国卫生部，教育和福利基金会，1971）。这些儿童往往容易分散精力，注意力不集中以及好动，而且常常表现出似乎要么过多的要么无目的身体活动水平。虽然这种模式本身可能已存在相当长一段时间，但通常到学龄早期才辨识出来。在典型的班级中对儿童遵守纪律行为的很高的要求，很快会揭示儿童这方面有问题（罗斯和罗斯，1976）。过多的行为往往引起对幼儿的抱怨，而且在各种社会和其他环境中，儿童的行为似乎过多时，其父母和老师容易把他们说成是多动症。

病原学

这一障碍的历史长而且复杂（莱伊和莱伊，1980）。斯特劳斯和顿汀曼（1947）最初把多动症描述为一种由轻度的大脑机能损伤所引起的精力分散的行为模式。之后，这一术

语就可同“最轻度的大脑损伤”这一术语互换使用。失常行为与神经系统的完整性受损有联系的主张至今依然存在，即使不安静的儿童占很小的比例，但过分活跃的都已被诊断有大脑损伤。活动水平与大脑的完整性之间的这种联系之所以能维持那么久，在某种程度上是由这一事实造成的，即：过多的活动往往出现在某种类型的大脑损伤之后（舒尔曼等，1965）。例如：第一次世界大战期间，在美国流行的一种脑膜炎给许多儿童留下了过多的活动和不安静的后遗症。人们都知道，发育成熟最迟的、较高的（皮质的）大脑中枢，对较低的中枢有抑制作用。因此，较高组织的损伤恰好可以产生释放以前受到抑制的行为模式的后果。

一些显得活动过多的儿童，表现出很低的中枢神经系统唤醒水平，这被认为是由“网状激活系统”（RAS）间接造成的。极其活跃的皮质控制中枢的失败，会有降低抑制的后果，因此而增加运动活动。萨特菲尔德和道森（1971）及其他人的研究表明，“某些”被说成是多动症的儿童，通过较低的皮电反应（GSR）测验，典型的脑电图模式和别的反应测验，确实表现出很低的皮质唤醒水平。研究表明，许多多动症儿童表现很低的交感神经系统反应性，交感神经系统与网状激活系统在大脑中连系，调节唤醒与激活（罗森塔尔和艾伦，1978）。这是一种与在大量的心理变态（见第十三章）中所发现的相似的模式，这可以解释为什么许多多动症儿童后来牵涉进青少年过失犯罪中。同时，许多研究结果表明过多的行为活动水平可以由几种因素造成，包括但不仅限于大脑损伤（罗斯和罗斯，1976）（见专栏）。区别不同的“形式”活

动过度行为也很重要。例如：其行为具有侵犯性的活动过度的儿童也构成一个明显的次群体(奥利里和斯蒂恩，1982)。这些因素和缺乏特别有效的行为测试很难把活动过度确定为单一的临床障碍。如DSM—Ⅲ所设想的，只有与注意缺陷障碍连系起来，才能诊断出多动症。

专栏：与多动症有关的障碍和情况

新陈代谢和内分泌障碍——甲状腺机能亢进

中毒症状——铅中毒

变态反应——特别是食物变态反应

感觉障碍——聋、盲

气质——心理机能的常态变异

发育成熟延迟——中枢神经系统未发育成熟

中枢神经系统损伤——急性脑炎，慢性大脑综合症

习得的反应——对社会环境压力的反应

心理神经病——恐怖症

人格障碍——变态的人格品质，青少年过失犯罪

精神病——严重的行为失调，如精神分裂症

资料来源，《多动症：研究，理论和行为》，D·M·罗斯和S·A·罗斯，1976年，纽约。

治　疗

治疗多动症的方法一般有药物、行为或认知行为疗法。有趣的是，人们发现象右旋苯异丙胺和哌醋甲脂（利他灵）这些兴奋药物最有效。以生物化学为基础的治疗法（温德尔，1971）解释这一明显的矛盾时表明兴奋剂对唤醒某些调

节和抑制行为的大脑中枢有作用。根据这一观点，兴奋剂改正了多动症儿童的长期不唤醒症状。还有这样的证据，利他灵也可以巩固一些选择性的注意（弗林托夫等，1982）。然而温德尔和其他研究者强调，并非所有多动症儿童都对兴奋药物有反应；只有某些过分活跃的儿童对利他灵抑制剂治疗有较好的反应。因此，首先应该确定，一个过分活跃的儿童的神经系统事实上是不能唤醒的。此外，即使活动水平有明显下降的儿童也可能在其他方面继续表现出问题。例如：在一个精心设计的研究中，莱伊等研究了利他灵对小学生的学习成绩和行为产生的影响。尽管服药的儿童表现的活动水平有所下降，但他们在学校的表现并没有明显的进步。因此，通过药物或其他办法控制活动水平并不能保证可以解决儿童的所有问题。

至今发展起来的最有效的心理干预法，是建立在学习理论原则基础上的。尤其是操作性条件反射法已表明能有效地调节过多的活动，延长注意的时间(奥利里和奥利里,1972，艾尔伦·等，1975）。艾尔伦、雷曼和坎德尔的研究直接证明了象征性的强化项目可以有效地代替药物。他们检查了儿童在接受药物治疗时,中断药物时的表现,以及贯彻象征性强化方案时的学习表现。取消药物治疗引起预期的活动水平增加。后来对不使用药物的儿童采用象征性的经济系统，也可与利他灵一样控制活动水平。而且，每个儿童的学习表现有明显的进步，这是利他灵不能得到的效果。作者得出这样的结论，偶然的管理可以控制活动水平，同时也促进了学习进步。

还有证据证明，通过促进自我控制，认知定向的行为疗法有助于控制过多的活动。事实上，许多多动症儿童缺乏调节其行为的能力，他们被说成是有一个外在的控制焦点（林和霍基，1982）——即，他们倾向于依赖别人或药剂来控制自己的行为。认知行为疗法，提供了一些方法教这些儿童学会更有效地调节自己的行为。当梅陈鲍姆（1977）和其他人广泛发展了这一治疗形式之后，它便教儿童学会如何使用诸如公开的言语或视觉意象这样一些东西来帮助指导自己的行为。儿童和治疗者利用了一系列便于执行某项特殊任务的陈述和意象，然后练习并且积极地对这些材料进行反复排练，直至变成第二本能。例如：儿童在学习控制过多的活动和注意力分散的时候，可以学会对自己述说这样的话："放松真重要，而且把注意力集中在作业上也真重要。"作为一种可替换的方法（一个听起来很滑稽的方法），活动过多的儿童学着使用视觉意象来帮助缓行，例如：想象成为一个动作缓慢，正在泥沼里打着滚儿的笨重的海马。除了帮助控制活动过度的行为，认知行为疗法还明显地可以促进积极的自我意象，因为它能增进熟练和称职的感觉（肯德尔和希拉斯威尔，1982）。

七、焦虑反应

儿童和成人同样都容易感到压力和紧张，这些综合起来表明焦虑。弗洛伊德是第一批系统阐述焦虑理论的人，他把这样一些潜在的创伤事件与生活创伤联系了起来，如与父母分离，遗弃或突然进入不熟悉的环境（马斯林，1982）。最近

对焦虑的阐述强调了生理与认知因素的相互作用，前者是指身体对压力的自然反应，后者是指个人根据可得到的信息解释或标明这些感觉的方式。

以焦虑为中心特征的心理障碍在儿童期很普通（埃米尔坎普，1982）。尽管丰富生动的想象与儿童期有联系，但这也是一个充满压力和使人迷惑事件的时期。大部分儿童都能有效地处理焦虑；但那些受到焦虑抑制和阻塞的儿童，易表现出孤独、萎缩、胆小和羞怯，而且缺乏自信。据报导以焦虑为基础的障碍的其他一般特征是恐惧、紧张、悲伤、抑郁以及缺少朋友（奎伊和威利，1978）。与有行为障碍症状的儿童相比，这些儿童很少侵犯别人或引起反感；结果，他们突然感到的压力可能被忽视。也许，这些儿童对环境积极地探索和应付环境的倾向已经受到了削减。DSM-Ⅲ中焦虑障碍的3种类型——分离焦虑障碍，回避性障碍和过度焦虑障碍——都强调，当一些儿童遇到他们已习惯的参考框架以外的人和事件时他们所经历的是极度痛苦的。

儿童有不同的效力等级来对付真正的或意想的危险的反应。对于有些人来说，接触任何新环境都是极度威胁的；另一些人则似乎在变化和刺激面前仍茁壮成长。有两个因素对于确定儿童的处事能力似乎是很重要的：一是父母或成人鼓励适当探索行为的程度，另一个是儿童对他们自己能力的感知。这两点是相互联系的；假如给以足够的鼓励和机会，大多数儿童在发展新的能力和技术时，都会探索环境，并与环境相互作用。

恐惧和焦虑明显地随儿童的年龄和发育成熟而变。在婴

儿期辨识出的两种焦虑类型是陌生人焦虑和分离焦虑。陌生人焦虑描述的是，婴儿害怕接触不熟悉的人。假定，婴儿对熟悉的面孔进行了图解，他们想把这些面孔往生人身上套；无论什么时候，一个新面孔与现存的图解不一致时，便会产生焦虑。陌生人焦虑一般最初出现在6到8个月之间，这是识别技能典型发展的阶段。往往发生后的一年之内便消散了。运动、语言和其他认知技能的成熟，也许扩大了对生人反应的潜在范围，使他们不再那么可怕了。

在12到18月龄之间，许多儿童都经历到分离焦虑，或者是当他们主要护理者离开他们时经历过极度的不安。有几个因素可对发展分离焦虑起作用。第一，由于婴儿大了，父母更经常地撇下他们，因为父母觉得这样做舒服些；第二，因为儿童活动多了，所以可能会偶尔孤立他们自己。行走技能的新发现使他们迸发了自豪感，于是他们就简直是随着自己的腿走进了一个陌生的新环境。当他们停下来四周观看，发现没有一个熟悉的人在身边时，自豪就变成极度的恐惧，而且大声哭喊着要妈妈。

生人焦虑和分离焦虑都是短暂的，而且是婴儿和儿童期正常的特征。以后的焦虑继续随儿童年龄的变化而变化。在杰西尔德（杰西尔德和霍姆斯，1935）和其他人早期研究的基础上，安东尼（1970）提出了一个儿童焦虑反应模式的发展模型。例如：他注意到学前最怕动物及想象的野兽等事物，而小学儿童则最怕人格受创，学习成绩不好、嘲笑、想到死及身体疾病。

焦虑的一个重要表现是拒绝上学。以前有许多人把这说

成是“学校恐怖症”，但这种障碍显然比单纯的恐怖症复杂得多（卡恩·纳斯顿和卡罗尔，1980）。拒绝上学在儿童中最普遍的是在上学开始时，然而拒绝上学在整个学龄期一直都是个问题（阿肯贝克和埃德尔布劳克，1981）。这一症状似乎还包括儿童不愿与父母分离（以及父母不愿与儿童分离），并不是真地对学校感到恐怖（凯利，1973）。这样一些儿童的父母对上学常常有矛盾心理，事实上也同样对儿童起作用。因此，治疗拒绝上学的方法最后必须考虑到儿童与父母双方。一般说来，治疗主要考虑帮助父母树立鼓励儿童上学的信念，而且尽可能快地使儿童适应学校。

在大多数情况下，发展早期表现出的焦虑是暂时的，不需要特殊治疗就可消散。甚至对具体物体或事件的极度恐惧，也有随着时间而减弱的趋势。米勒等人（1972）的一项重要研究发现，通过系统脱敏法和传统的心理疗法减轻恐惧，其促进作用并不比根本不治疗大多少。几个月后，接着的一个评价表明，他们研究的儿童中，只有7％的仍然有恐怖症。

从发展的观点来看，儿童恐惧的消失反映了认知技能的成熟，该技能使儿童可以理解并抵制各种焦虑来源。例如：埃尔金德（1976）指出学前儿童正在增长的考虑问题的能力，有时候失去控制，并且导致无规律的——可怕的——想象，如把物体和事件幻想成“妖怪”或“达斯·威德尔”。随后的认知发展使儿童能够把这些想象组织成有理性的框架，因此而减轻焦虑。

对某些儿童来说，发展并不能带来相应的恐惧和焦虑消

散。实际上，行为中焦虑基础上的障碍，在儿童指导和治疗中心里的病人中占有很大的部分。决定对一个儿童进行治疗显然依赖大量的因素，但在特定年龄儿童焦虑的本质似乎是一个重要的标准。因此，一个仍然经历生人焦虑的4岁儿童（生人焦虑是1岁儿童的特征），可能就是一个干预的选择对象。对这些儿童来说，各种治疗法都能减轻焦虑。这些方法中，有一个叫'游戏疗法'（阿克斯林，1969），通过治疗者和儿童都参加象征性的游戏活动，允许儿童直接面对他们忧虑的来源。例如：一个对即将参观医院感到焦虑不安的儿童，可以让他参加表演参观医院的木偶游戏，由此他可对领悟的来源让步。

诸如示范和在活泼中脱敏这样的行为疗法，往往也是有用的（艾默尔坎普，1982）。观察成人或别人成功地对付可怕的事物和情境，对于帮助儿童战胜自己的恐惧有无法估量的作用——这是许多父母都认识到的一个事实。在活泼中脱敏，使儿童直接地但有控制地与恐惧来源接触，然后一步一步地教会他们适当地反应。

有几项研究已报导了系统脱敏和适当的学校行为的示范对于治疗学校恐怖症的有效性（诺夫，1979）。

八、行为障碍

偶尔违反社会常规，对所有的儿童来说，都是很普遍的现象，很少需要专职人员帮助治疗。"行为障碍"这一诊断标签，不适于这样一些儿童，他们习惯于不断地表现出如撒谎、斗殴和攻击趋向、破坏性，不服从管制放火及偷盗等反

社会行为。行为障碍与儿童违反社会习俗的正常的阶段性行为之间的区别，在于所谈论行为的频率和持续性的统计数字。人们通常假定虽然儿童期极深的反社会行为模式能加深成年期的社会顺应不良，偶发事件不可避免地成为正常社会化过程的副产品。

尽管或也可能是由于一般人口中这样的行为很普遍，儿童仍被抱怨有非社会化的行为，一般要送到儿童指导中心和门诊去治疗。送这样的儿童接受治疗，与儿童社会化有关的父母和当局必须断定一种特定的行为形式是否是暂时的，还是情境上的或根深蒂固及持续性的。一个影响这一决定的因素是，成人对这一表现出的行为的忍耐水平。一般来说，这些行为对于他人有很高的可视性与冒犯性。例如：奎伊和威利（1979）注意到，行为障碍中不断报导的症状，打斗、脾气暴躁、不服管制和破坏性行为。这些行为男孩比女孩更普遍些，部分原因可能是，社会对这两性的进取与过分自信的行为有不同的鼓励。

病原学

行为障碍包括各种潜在过程，只假定一个儿童有意敌视和对抗别人并不保险。比久和莱德（1975）把行为障碍描述为“行为过度”，而且把它们与缺乏冲动控制联系起来。休伊特和詹金斯（1946），在他们关于行为障碍的讨论中，把非社会化的攻击性个体与社会化的过失者区别开来。前者是这样一些典型儿童，他们被剥夺与成人之间的牢固可信赖的关系，许多社会技能都是建立在这种关系基础上的。这些儿童根本没有学会在交往情境中有效地控制和调节其冲动。后

一类由年龄大些的儿童和青少年组成，他们的同伴群体提供了重要的社会经历的来源，这些经验往往是与社会和文化规范相矛盾的。与这一区分相一致DSM-Ⅲ把行为障碍分为4类：未充分社会化的行为障碍——侵犯型；未充分社会化的行为障碍——非侵犯型；社会化的行为障碍——侵犯型；社会化的行为障碍——非侵犯型。

许多儿童，尤其是那些有心理动力学定向的儿童，把行为障碍与潜在的神经缺陷联系起来，这些是他们还说不出或者也想象不到的缺陷。根据这一观点，偷盗可能代表一个意识到缺少爱和关注的代替性行为；因此，他们就拿那些他们得不到的东西。同样，不说实话的幼儿可能反映了为满足或害怕达不到父母的希望而幻想出的愿望。伯纳德（1961）在研究哀痛和公开违法行为之间的关系时发现，由偶发的放火事件而被送去治疗的学校儿童，往往遭到真正的或想象的丧失父母或被父母拒绝。因此，行为障碍可能代表惩罚父母或重新获得关注这两种企图。在这些情况下，甚至具有破坏性动机的行为也发出了一个要求关注和帮助的信号，因此，这种行为必然以一种总是能被抓住的方式出现。

一般来说，家庭关系似乎在行为失调中起重要的作用。例如：使用体罚来控制侵犯性行为的父母，可以压制公开的侵犯行为，但他们也为儿童提供了一个侵犯角色的模型。因此，示范和模仿可能会引起以后被诊断为行为障碍的习得行为。当然，儿童往往遇到其他来源的侵犯模型，一个主要来源就是电视。不断地接触电视中的暴力行为可以促进以后的侵犯行为。例如：艾伦（1980）发现，幼儿明显地偏爱暴力

节目，这种偏爱明显地预示了10年后的侵犯行为。父母的态度也显著地影响与行为障碍有关的行为，尤其在幼儿中。萨弗（1961）已辨识了两种关键性的父母行为：控制（放纵与约束）和情感（热心与敌意）。一般地说，那些在两方面——如非常放纵与非常敌视——都很过分的父母，比那些方法温和的父母更容易培养行为障碍。

尽管行为障碍往往是由严重的行为失调发展而来的，但送交专业治疗的儿童则常常只有到入学以后才出现。沃勒（1976）注意到父母往往更关心的是对抗性的行为（行为的缺陷），与年龄不适应的行为和两性行为，而对敌视和侵犯行为则不是那么关心。

治　疗

对行为障碍的治疗常常由一些阶段训练组成，这就可以给父母提供一些目的在于以更温和的指导改变他们孩子不理想行为的方法。这个方法和其他的社会学习治疗模型相配合，对于克服行为障碍并使儿童社会化的愿望得以实现。因此，治疗通常包括儿童和父母（或成年监护者）两个方面。

有一种治疗法可以在不提供一个由侵犯反应所提供的不适当的角色示范的情况下迅速减少不健康的行为。这种被称为暂停的方法包括在不理想的行为出现时暂时的脱离（暂停积极的强化）（赖顿伯格，1965）。在正确地使用该方法时，它允许儿童和父母两方有一段冷静的时间，而这段冷静的时间对于防止基本冲突的加剧至关重要。当在居住环境中使用这个方法来控制严重的行为障碍时，为使儿童在对他们自己或别人没有严重的危险的情况，可以继续发泄侵犯性冲

动，人们常常建立一些暂停设施。

澄清公开违法行为所表示的冲突的本质，而且教儿童学会对付冲突的更有效的新方法时，最好使用心理疗法。

对于所有的行为障碍病例来说，没有一种治疗方法比其他方法更有决定性的优势。显然，个体疗法对幼儿来说不适宜，他们的认知能力还不能使他们抽象地讨论和对付冲突。扮演角色游戏疗法和其他方法，应依它们对儿童发展水平的适宜性来加以选择。一般说来，不包括希奇古怪的性质或在完全无法控制平衡中出现的公开违法行为将对这样的治疗起反应，这种治疗包括同父母商量和实施一种系统矫正该儿童（而且必然是成人）的行为的被严格遵守的方案。使用暂停法、消灭法（对不理想行为的非强化）以及积极的强化都可以有效地结合起来更适当地疏导行为。

本章要点

1. DSM-Ⅲ的分类系统把婴儿、儿童和青春期障碍与成年人的障碍在其分类中明显地区别开来。这一系统反映了不断增长的儿童具有特殊的能力、特征和需要这一认识。

2. 婴儿和儿童期的发展迅速并同时在许多方面出现。早期发展的步调和偏差为发育成熟和顺应不良提供了机会。

3. 随着儿童的发展，社会和环境因素对正常和变态行为的影响在增加。相比之下，出生时明显出现的症状，如小儿孤独症，反映了生物因素的显著影响。

4. 患有小儿孤独症和儿童期精神分裂症的儿童，在社会和交往技能方面典型地表现出严重的缺陷；对于大多数人

来说，最后痊愈的希望不大。

6. 哮喘是一种既折磨儿童也折磨成人的心理生理障碍。近来，兴趣已集中于家庭动力对于促进和持续哮喘症可能具有的作用。

6. 许多儿童在早期的排便训练上遇到困难，而且直到学龄期尿床还是常见的。在某些情况下，行为方法和药物治疗遗尿已获得成功。大便失禁或粪便不能自制是一种更严重的失调，而且在极多的病例中是与严重的情绪失调有联系的。

7. 多动症是伴随儿童早期许多病症出现的一种病症。对一些似乎由于具体的大脑组织对活动水平的错误调节而导致的病例来说，使用兴奋药物医疗已获得成功。

8. 焦虑反应和行为障碍似乎表现了一种行为两个极端，分别反映了内在化和外在化的倾向。其公开违法行为证明患有行为障碍的儿童常常需要进行心理干预，因为这种行为更可见而且更有害。尽管焦虑和退缩的儿童对治疗干预十分敏感，但是他们不常需要治疗。

第十七章　青春期心理障碍

只是在过去的100年中，青春期才被认为是生命期的一个独特的重要阶段。19世纪晚期，美国心理学家G·斯坦利·霍尔把这个时期描绘为“大动荡”时期，因为这个时期，人们正在从童年向承担成人角色和责任过渡。弗洛伊德之所以认为青春期很重要，是因为它标志着生殖性成熟的开始，这样就允许异性间释放性欲或叫做心理能量。相比之下，由于埃里克·埃里克森注意的是社会行为的成熟，所以他把青春期视为一个危机时期，因为在这个时期，个人的认同感形成并受到锻炼，社会因素帮助或阻碍了这种个人的认同感。埃里克森创造了认同危机这个词来表示这个发展阶段的特征。现代发展理论家把青春期描述为一个个人对自我和社会的看法发生根本变化的时期。这后一种观点包含有前面的一些概念：即虽然青年人正在努力发展自己的个人认同感，但他们同时还在利用自己的身体能力和驱力来进行个人间的体验。

弄清这些复杂的问题需要一种很高的认知熟练程度。按照法国心理学家琼·皮亚杰的观点，青春期是一个在认知上取得重要收益的时期。具体地说，形式操作的完成使个体能够比一个儿童更客观地考虑自我和别人。一方面，这是有益的，因为青少年能够在不需要具体地将一些事情表现出来的情况下想象并计划这些事情。另一方面，形式操作思维的能

力常常导致沉思内省。多数青少年花很多时间想象自己在别人眼里怎么样，常常夸大自己的个人缺点，并且在这个过程中变得很不自然。这种为认同和平衡的感觉所进行的斗争是不可避免的——而且是自然的。

很清楚，青春期是一个包括成熟的许多不同方面的过渡时期。虽然年轻的儿童看起来总是心满意足而且异常地无意识，而同时青少年却心情易变并且是内省的；虽然成年人可能甘心顺从于一种虽安全但却很机械的生活方式，而同时青少年却经受着骚动和变化。然而，即使青春期是一个压力时期，但几乎没有什么心理问题是这个发展阶段所独有的。

19世纪的几次社会和文化改革大大改变了青春期的角色。强迫教育，童工法令以及作为一个合法实体的青少年地位的确立既有助于青春期的生活方式又促进了社会对青少年行为的期望（巴肯，1971）。所有这3种因素都促进了对童年和青春期界限的抹杀。有一些证据表明，青春期正在被日益延长，而且认同危机的长度也随之被延长了。就连弗洛伊德、埃里克森以及皮亚杰的有关成熟的心理学理论对于划分二者的界限也不均匀而且无法预言。也许最佳的单个鉴别物是一种生物鉴别物——即发身的开始。

大概，成熟的任何特定方面的完成都需要变化，而且变化又随之带来了越轨的潜势。用这个眼光来看，青春期的许多问题就可能被视为正常发展趋势的扩大。例如，新获得的认知能力，对主观经历的正确评价以及许多药物对于扩大，改变并常常歪曲这些经历的性质的公认效力都可以在某种程度上说明一些药物滥用的事例。与此相类似，性成熟的完成

既产生了一种探求这方面体验的欲望——实际上是一种驱力——又导致了一种体现一些规定容许探求性质和范围的社会习俗的需要。多数青少年都实现了一种切实可行的平衡，这就产生了一种被社会视为“正常”水平的性顺应。反常顺应的迹象常常包括性活动的两个极端——即害羞内向的缺乏任何异性爱体验的青少年和自恃乱搞的青少年。在潜在越轨行为或变态行为的这些方面及其他方面，青少年所面临的最重要的任务是实现在探求各方面体验的欲望和产生一种稳定的个人认同感的对立需要之间的平衡。

在学习承担传统的成人角色时，青少年常常遇到许多使老年人苦恼的问题。他们可能会变得抑郁，甚至可能会自杀；他们感到焦虑和紧张；他们滥用药物，酒精及其他物质。然而，尽管他们对成年的许多问题很敏感，但是他们常常象年轻的儿童一样受对待，因此，也就缺乏重要的责任感及其报偿。

专栏：一个青少年的《人权法案》

在安·兰德斯通过报业辛迪加在全国发表的专栏中的下面这封信举例说明了我们社会中的一个明显趋势——即儿童，青少年和他们的拥护者应该被看成是平等的要求。然而，这样的要求当通过法庭提出时就很少包括一种对增加的责任感的要求。社会的回答虽然允许更多的自由但却把青少年犯罪的数量和狂想性的实际增加、中学成绩分数的下降、儿童中被增多的药物和酒精滥用等等视为对这些被扩大的权利的滥用。

亲爱的安·兰德斯：美国儿童也有人权。但是却很少有成人认识到这个事实。我希望你将这个《儿童人权法案》用书面发表以致每一

个看您的专栏的父母都能看到它。我们该象人一样受对待了。

1. 我有权作为自己的法官并为自己的行为负责。

2. 我有权不提供任何原因或理由来证明我的行为是正当的。

3. 我有权决定自己是否必须报告别人的行为。

4. 我有权改变自己的计划。

5. 我有权犯错误并为这些错误负责。

6. 我有权选择自己的朋友。

7. 我有权说“我不知道”。

8. 我有权在对付别人之前不受别人的好意支配。

9. 我有权说“我不懂”。

10. 我有权说“我不在乎”。

亲爱的读者，这是您的《人权法案》。其中有些我赞成，特别是第4、5、6和9条。第2条站不住脚，第3条我可能会接受——为了某一个目的。至于第8条，我不理解。关于第10条，当然你有权说你不在乎，但是那并不意味着你应该不在乎。*

※ 重印自《波士顿环球》。

第一节 个人认同

在很大程度上，青春期的成功顺应是对以前发展的一种反映。因为如果个体直到那时都恰当地处理了种种变化，那么这个时期的种种变化就不会产生重大的问题。

尽管专业人员都认为这个时期具有动荡和冲突，但是大多数青少年看起来都顺应良好而且很健康。实际上，有几项研究表明多数青少年都享有自己父母的价值体系，在这个阶

段与他们很接近而且顺利地过渡到成年。在整个发展过程中有效地利用家庭和社区内部的援助系统可以增强人们在生命任何时期的处理压力的能力。另一方面，有充分的证据（例如，阿萨诺等，1982）表明在父母和青少年之间受干扰的交往模式对于后来的发展具有严重的后果。

由于经常出现人们暂时或长期不能实现个人顺应和完全认同的现象，所以这种现象足以成为一种叫做认同障碍的DSM-Ⅲ诊断类型的根据。认同障碍在青春期晚期最常被报告，因为这个时期，人们在确立明显身分的过程中与自己最接近的家庭分离。同时处理教育，人际关系以及职业的决定常常似乎是势不可挡的，这不仅增加了焦虑而且还导致了社会和/或职业活动的破坏。

尽管人们都强调实现个人认同感，但是在一个特定社会团体的环境内部人们确实是如此。因此，认同障碍，或叫做认同危机（用埃里克森的话来说），对于不同的人具有不同意义。例如，戈特利布（1975）根据同伴等级划分了四组中学高年级学生。每一组都表现了独特的社会行为模式，顺应问题以及偏爱的帮助来源。“精英”被描述为非常成功者，有能力者而且是竞争者。他们主要关心的是学习成绩，毕业后的计划以及使父母失望的可能性。他们明显地特别喜欢从父母和学校工作人员那里寻求帮助。不象其他三个组的成员那样，“精英”组的成员尽管表面上是内聚的但却常常不互相寻求帮助。“隔离组”被描绘为是“正直的”，他们只参加教学活动，似乎没有什么朋友。他们的担心集中于别人是如何看自己的以及自己被承认的驱力和动机不足。这个组的成

员从一系列广泛的人员中寻求帮助，包括父母、同伴、律师、教师以及牧师——总之，从一些对他们的依赖性有反应的具有照顾性质的人那里寻求帮助。“越轨者”不去广泛地学习任何方面的学校课程。他们倾向于从事一些在学校（及社区）环境中被视为不恰当的行为，包括高度的药物滥用。他们主要关心的似乎是他们使用药物的高比率以及更好地认识自己的需要。父母、兄弟姐妹和同伴是最常被这个小组的成员所提到的支持群体。“局外人”是一些其活动集中在外界工作以及与工作有关的活动上的学生。这些人多数都已经为毕业后制定了计划而且正处在这个过渡中。他们的担心集中在找个工作挣钱和供养家庭成员上。他们的大部分援助都是由同伴提供的，其次就是由父母提供的。

戈特利布的研究说明了几个有关青春期认同危机的问题。第一，青少年不应该被假定共同具有与他们注意未来同样的忧虑。第二，由青少年表现出的许多忧虑都反映的是那些在以前的发展中至关重要的忧虑，它们只不过是被强化了而已。例如，“精英”组成员寻求的是继续自己教育的途径；“隔离者”继续试图消除疑虑和寻求支持。第三，一种包括社会结构未来变化（例如毕业）的危机也伴随着使青少年不能确定将如何满足自己的需要。第四，青少年偏爱的帮助来源依据他们的忧虑有所差异。戈特利布采取了这样一种观点，即起源于其中许多忧虑的心理需要可能不需要专业干预。也许是由于一种认为专业干预是正当的含蓄假定，这个观点就成为一个对DSM-Ⅲ的认同障碍概念的有趣选择，因为在这个概念中，个人认同的问题被概念化为心理障碍了。

戈特利布的研究表明，在青春期晚期似乎加剧了的对自己未来的合理忧虑通常是在自己所偏爱的社会网络环境中得到处理的。只有在人们总是一心想着没有满意地消除忧虑时才出现一种成为专业干预根据的真正认同障碍。

第二节 自 杀

青春期和成年早期是具有高度自杀危险率的时期。它们比除了老年之外的其他任何时期的危险率都高。在各个时期尽管更多的女子试图自杀，但是男性自杀者几乎以3∶1超过女性自杀者。12岁以下的儿童试图自杀的情况还很少被报告过。

引起自杀或自杀试图的有种种动机。社会学家埃米尔·迪尔凯姆指出社会秩序的瓦解以及失助和绝望感都可以导致自杀。不过，只有一小部分受社会或经济状况（例如战争或经济萧条）影响的人自杀。马特森等人（1969）识别了一些在成功的或不成功的自杀试图之前出现的情况。这些情况包括由于丧失一种重要关系而造成的长期悲伤，由卑微感伴随着产生的持续存在的学校问题以及被陷入极度紧张的家庭系统之中的感觉。对于这样的环境中的青少年，自杀看起来似乎可以解除持续的压力。自杀试图还可能起源于一种为了想象的或实际的过错或是作为对因严重的个人损伤或毁容而引起的失望感的反应而“惩罚”别人的欲望。

对试图自杀的青少年的研究多数都表明在自杀事件之前存在着一些处事能力的退化期（图兰，1971）。为了更进一

步了解自杀的促进因素，雅各布斯（1971）在55个青少年试图自杀的48小时内对他们进行了访问。他得出结论说，自杀试图普遍象征着这样一个过程达到顶点，即在这个过程中，青少年把自己视为正在逐渐脱离一些富有意义的社会关系。当与一组相配控制受试者相比时，更多试图自杀的青少年不仅过去长期有问题而且在青春期开始之后又大大增多了一些问题。他们在处事技能上逐渐衰退，而且在自杀试图的前几天和几星期他们以一种失望的状态退出了富有意义的社会关系。在试图自杀之前几乎有3/5的人都发出了警告信号，包括反抗、引退和逃跑。在自杀试图之前常常出现无意识公开表现的行为，这种发现最近在违法者中也出现了。米勒、奇尔斯和巴恩斯（1982）得出了这样一个重要结论，即这样的年轻人常常来自一些其解决问题的惯常方法是行动而不是言词的家庭。

面对许多问题而缺乏处事技能并不需要去自杀；因为我们的文化提供了许许多多处理压力和焦虑的方法。那么，什么是可能将青少年逼到社会赞许的处事策略之外的决定因素呢？按照雅各布斯的观点，它包括这样一个认知过程，即通过这个过程，青少年可以向自己证明自杀试图是唯一可取的选择。在详细分析从访问和自杀记录中得到的材料时，雅各布斯划分了这个认知过程的6个特征(1971，pp，89-90）。

1． 倾向于将导致自杀试图的问题视为一个人自身的素质问题。

2． 相信一个人已经为解决这些问题竭尽了全力。

3． 从长期存在问题的前后关系中估量一个人的困难，

而这些问题近来已经增多到超过忍耐点。

4. 坚信死亡是摆脱这种痛苦状态的唯一途径。

5. 需要辩解并赞成落后者的嗜好。

6. 即使别人可能不理解也确信一个人正在干的事是合理的。

在自杀试图象征着处事能力逐渐衰退到极点这个程度上，发现为自杀而冒险的人在预防中是明显的第一步。不幸的是，尽管最近产生的一些评价青春期抑郁症的方法最终可能证明是有益的（特里，1982），但是还没有任何可靠的临床试验可用来帮助这种发现。对预测未来自杀危险率最可靠的因素是以前自杀试图的迹象或有关自杀的谈话。

跨文化变态：土著美国青少年的自杀

麦金托什和桑托斯在一篇评论性文章中（1980）指出，土著美国人被描述为比美国种族团体更易于自杀。实际上，自杀率在各个部落中广泛存在着差异；例如，那伐鹤人和奥杰布华人的自杀率就很低。此外，自杀行为的模式类似于全国所报告的自杀行为模式，例如，尽管更多的男子实际上从事着自杀行为，但是自杀试图在女子中更常见；而且警告通常先于自杀试图或自杀行为。最后，失业和其他形式的生活压力在土著美国人中象在整个美国人口中一样突出。

从整体上考虑，土著美国人确实比美国总人口具有更高的自杀率。而且那些自杀率正在增加着。例如，从1971年到1975年，与美国总人口中每10万人中的11.6人增加到12.7人相比，美国印地安人的自杀率从每10万人中的15.9人增加到21.6人（弗里德里克，1978）。

不象美国总人口那样，土著美国人的自杀者在11到30岁之间最普遍。按照20世纪70年代所收集的数字（弗里德里克，1978），土著美

国人在15到24岁期间的自杀率几乎是美国总人口自杀率的4倍。超出这个年龄，自杀率就明显下降，那些55到85岁的人就比总人口具有更低的自杀率。

有些证据说明在一些被分裂成小团体的部落中的青少年男子具有最高的自杀危险率，其原因通常在于被分配给这些部落的土地养不起这么多人。

一项对肖松尼人部落和班诺克人部落的青少年自杀事件的研究比较了两组部落成员的背景因素和人口统计因素（迪兹茫等，1974）。第一组由一些将自杀试图发展为自杀行为的人组成，将这一组同一个其平均年龄、性别分配以及印地安血统的比率相同的控制组进行比较。控制组中没有一个人具有或是自杀试图或自杀行为的家史。

在这两组之间出现了一些重大差异。自杀组的大多数成员都具有多样的看管人，而控制组中只有15%的受试者具有多样的看管人。此外，第一组中几乎有一半是由一些曾被逮捕过5次或更多次的主要看管人养育的，而控制组的受试者被这样的看管人养育的还不到10%。而且，从事过自杀行为的青少年在时间上比控制组的青少年更早地被逮捕过。尽管这两个组在被逮捕的总平均数上没有差异，但是自杀青少年很早就不太守法，然后又在自己死亡的前一年明显地增加了被逮捕的次数。两组受试者一般都是因粗暴的行为而不是严重的犯罪被逮捕的。

迪兹茫等人得出结论说，在自杀组的青少年早期曾经受过混乱无常的照看。因为他们一般都是由几个不同的看管者养育的，所以他们就不能同一个成人形成紧密的依恋联系。在青春期，许多人都被送到寄宿学校，因此他们就进一步被剥夺养父母的照顾。于是在照看环境中的剥夺和混乱似乎一直是这些青少年中引起自杀的主要因素。这些研究者得出结论说，一旦这些年轻人的行为使他们接触法律，治疗反应就可以预防某些自杀事件。

第三节 药物滥用

药物滥用在青少年中是一个特别重要的问题。1960年至1970年之间，药物滥用的报告对于18岁以下的年轻人要比对于18岁以上的年轻人增加得更多(诺夫，1979)。而且，这些数字也许是保守的，因为它们反映的只是一些因与药物有关的犯法行为而被逮捕的数字。对药物及其他改变意识的药剂的试验在中学和大学也许甚至在小学都越来越常见了。诸如国家大麻和药物滥用委员会（1973）及其他机构（见第十二章）所进行的一些研究也提供了另一些药物越来越多地被使用的证据。那么，与青少年中药物使用的这种显著增多相联系的因素是什么呢？

我们的文化为人们迅速廉价地获得一些改变情绪和意识状态的药物提供了机会。例如，为了从减轻体重到减少焦虑的一切缘故，我们都可以得到药物。心情改变剂的使用几乎在社会的各个阶层都是普遍存在的。咖啡因、尼古丁和酒精都作为部分地控制一个人的生理和心理状态的手段长期地被成人所使用和接受。实际上，许多使用药物的青少年也表明他们自己对药物的使用是与他们父母的药物使用相关联的，这是一种强调学习和模仿对药物使用的作用的研究结果。因此，发现第十二章所讨论的许多药物使用障碍在青春期（也许是更早）的行为模式有其根源是不令人惊奇的。

然而，虽然许多成人把药物作为一种适应和处理日常生活压力的方法来使用，但许多青少年却极力反对为这样的目

的使用药物。许多人最初纯粹是出于好奇心才吃药的，他们把药当作一种试验新感觉的方法。另一些人则是用药物作为一种反对他们认为是对行为、造诣和生产率的非人性社会要求的途径。休巴等人，（1979）指出，认为青少年中存在着一种普遍的药物文化的思想是一种荒诞的看法，而且早期滥用药物的青少年通常也不属于很不正常的或越轨的团体。象外倾，自立需要以及倔强这样的人格因素使某些青少年倾向于拒绝传统的社会角色模型，这就使他们更容易受同伴的影响而且更易于接受越轨的偏爱模型。

药物使用在同伴社会化中常常起着重要的作用。不可否认，同伴的影响在青春期要比生命期的其他任何阶段更显著。而且仪式化的社会行为也是常见的。成人常常把这个过程解释成意味着青少年互相追使着去尝试各种经历，所以这个过程无疑是存在的。然而，共享的体验之所以具有一种强大的感染力，是因为它们使人们团结起来并提供了一种归属感，一种在青春期特别强大的感染力。根据这个观点，某一团体的药物使用就不会包括“硬药”，因为“硬药”具有一种内在的隔离作用。就连使用大麻也象征着一件自相矛盾的事：因为意指将一只大麻烟卷传递给该团体所有成员的共享行为在某种程度上被接着产生的强烈主观体验减少了——尽管这种团体环境常常在心理上增加了对这些体验的敏感性。由于青少年以及我们其余的许多人倾向于假定别人也共享着自己的体验和知觉，所以这种趋向就增加了感觉。对于青少年来说，因为他们惯常相信即使一个表面的缺点对他们周围的每一个人都同样明显重要，但一种药物生活方式也可以增

强一种共同体验的感觉。因此，许多早期药物体验的强烈的个人性质就把青少年从成人药物使用中分离出来。

然而，并非所有的青少年都会很快去体验；因为许多人对社会的幻想破灭了，他们不愿在正常社会制度的范围内工作。对于这些人来说，药物似乎提供了一种消除日常生活忧虑的途径。而且那些可以产生的心理上和生理上的吸毒成瘾现象都可能是破坏性的。

因此，象成人一样，青少年明显可以以种种方式对药物及其他体验产生反应。有些人在那一点上试验并停止体验；而另一些人却对一些更有效力的药剂上了瘾并且逐渐受它们的控制。在使用药物方面的个体差异象对其他任何现象一样明显。对于这个发展阶段很显著并实际上决定青少年对药物独特反应的因素有两个：一是表示青春期特征的敏锐的自我意识，因为它强调的是内在的体验；二是许多青少年行为的社会性质，因为在这种行为中，共享的体验是发展的一个重要组成部分。

普罗斯考尔和罗兰（1973）根据精神分析学观点写作，他们把青少年药物滥用者区分为两种类型：其药物使用受抑郁感和卑微感限制的人和具有一些使自己易于患吸毒癖的特征学模型的人。格拉特（1974）、伯蒂内蒂（1980）以及另外一些人也表明药物滥用是一种产生于人格变量（其中有些可能是先天遗传的），社会环境以及药物本身的影响的行为。

药物滥用的一个关键方面涉及的是对一些逐渐更加有效力的药剂的依赖性的发展。许多人都假定对比较温和的药物

的体验最终可能会导致使用一些更有效力的药物——这就是“楼梯石级”理论（韦纳，1982）。例如，目前对大麻合法性的争论在某种程度上就是集中在这个问题上。

事实上，有些证据表明大多数使用酒精或大麻的青少年并没有发展为使用更有效力的药物。不过，药物的累进使用确实在一些开始只使用非杀伤性药物的青少年中更常见。例如，坎德尔和福斯特（1975）把中学生对药物的累进使用区分为4个阶段：合法药物，啤酒和葡萄酒，香烟和烈性酒，大麻，以及其他的非法药物。坎德尔和福斯特注意到很少有年轻人在不首先使用大麻的条件下发展到使用烈性药。但是也许重要的是，他们发现只有19%的受试者在不首先使用合法药物的条件下就开始使用非法药物，而且联合使用烈性酒和香烟与尝试非法药物的最大可能性有关。这项研究提供证据表明对某些药物的社会支持本身可以成为后来对更加有害药物的试验和使用的一个起作用的因素。

预 防

尽管这些证据很混杂，而且一种原因角色并不必然就能够被推知，但是似乎在多数人中，软药（酒精、尼古丁、咖啡因）的使用早于硬药的使用。这个特征可能只反映的是在一个倾向于改变意识的体验的团体可得到的那些药物中的一种变化；或者说它更可能反映一条分等的体验曲线（休巴等，1979；伯蒂内蒂，1980）。虽然人格变量和社会环境（例如同伴模仿）对于决定是否以及何时一种药物是被滥用的特别重要，但是身体因素和社会环境对于保持药物滥用起着更重要的作用。因此，限制药物滥用最有效的方法常常是

为积极的而且/或不使用药物的同伴和成人模型作准备以及在软药滥用早期的干预。

治疗

在正常情况下(即在医院和监狱之外),如果清楚的成瘾模型不明显,人们就不常进行对青少年药物滥用的形式治疗。当然,有些青少年象成人一样把药物用来作为处理抑郁、焦虑或其他短暂心理忧伤的潜在状态的一种途径。在这样的情况下,心理疗法可能有助于促进更加有效的处理策略。另一方面,在某些青少年中过度地使用药物只是一种长期发展起来并极力抵抗心理治疗干预的普遍顺应不良的生活方式的一个方面。人们普遍认为(奥肯博克,1982)以居住为基础的治疗方案(例如著名的辛那农方案)最有希望帮助这样一些人(关于对药物使用障碍及其治疗的更广泛讨论,见第十二章)。

待考察问题:青少年使用药物与工作压力之间的相互关系

对一些关于青少年喝酒或吸大麻报告的反应常常包括以下这条劝告:他们需要的是一种使他们改正错误的好工作!

然而,格林伯格等人在最近的一项研究中对那种认为有工作可以促进成熟和无毒品行为的主张的有效性表示了异议。为了弄清工作是否增加了以前存在的压力程度,这些心理学家研究了500多名中学生,他们中间有40%都在各种类型的工作中被雇用。在一个自我报告问卷中,学生们回答了诸如心理和身体健康问题的出现率,就学以及药物使用(包括香烟、酒精、大麻及其他药物)这样一系列广泛的问题。

根据这些材料，研究者划分了6种倾向于引起压力和不满的因素，它们都与各种类型的工作有关：恶劣的工作环境，无意义的工作，妨碍别人的活动，专横的管理，非人情的工作环境以及低工资结构。他们的研究结果表明青少年受着与工作有关的压力影响。实际上，随着致力于工作的时间量增加，心理和身体的不幸，旷课以及使用药物的发生率也增加了。工作时间量也直接与所抽的烟数及所用的酒精或大麻的数量相关联。此外，对于多数受试者来说，酒精和大麻的使用也是与所有这6种压力因素密切相关的。长时间或在压力条件下工作的青少年都表明大量使用过药物。

格林伯格等人的研究得出结论说，青少年的工作代价和利益应该受到实际的评价。如果与工作有关的压力最小，那么工作经历就可能是有益的。如果工作的压力太大，那么这种压力和紧张感就可能会消除潜在的利益。

第四节　神经性厌食症

神经性厌食症是一种非机质性障碍，其特征是一种导致体重减少20％或更多的故意绝食。威廉·戈尔医生于1874年最初描绘了这种障碍，神经性厌食症在青少年和年轻的成人女子中最常见。在极端的情况下，体重减少可以严重地危害患者的健康，而且强迫治疗也许是必要的，包括试管喂食和静脉注射喂食以及药物治疗。尽管这种障碍仍然很罕见，但是它最近在世界范围内不断地为人们所关注。

病原学

至于为什么一个以前身体强健的年轻人突然断食，存在着几种可能的解释。厌食症的一个早期观点把绝食同发身及

其性发展的开始联系在一起：起源于早期性发展的内疚或羞愧感被假定产生了更广泛的引退和回避行为。不过，由于缺乏厌食者绝食的具体机质性原因，这就促使布拉什（1973）和另一些人去集中研究这种障碍的社会和人际关系方面。在调查厌食者常见的症状模型时，布拉什（1973）发现了在身体形象上的障碍，它是与一种控制自己生活的无能感相联系的。因此，如果说饮食是一种多数家庭都高度重视并共同具有的活动的话，那么绝食就可以被看成是对自己的环境施加某种外部控制的一种方法。另一些人认为社会或其他方面难以忍受的压力致使厌食者退入一种作为自我防御的软弱迟钝状态。在有些情况下，一心想着身体健康也可以造成摆脱一些所谓的限制因素，食物也许就是其中的一种。

DSM-Ⅲ指示厌食症这个词（字面意义是指“丧失食欲”）有点儿不恰当，因为丧失食欲通常直到这种疾病过程很晚阶段才出现。DSM-Ⅲ的神经性厌食症诊断标准是（p.69）：

1.非常害怕发胖。2.被干扰的身体形象，在这种形象中，患者甚至在消瘦时也声称“感到很胖”。3.至少丧失了原有体重的25%，其原因在于拒绝保持正常的体重。4.没有任何说明减少体重的已知身体条件。

治疗

厌食者常常抵制治疗这一事实可以被看成是他们脱离自己环境的又一个方面。然而，明显的减少体重以及其他的有关症状，包括月经停止，都普遍导致了住院前的医疗咨询。在这一点上，治疗一般都集中在引起体重增加上，这种

治疗或是有患者的合作，或是没有。后来由于处理那些引起体重减少的条件变得重要了，以致于患者不会一出院就再回到老模式上去。为此，心理干预常常同医学治疗密切结合。有几个治疗方案已经开始使用，据说成功率也很高。尽管最近有些证据表明以认知为基础的治疗也能够有效，但是目前行为矫正治疗方案和家庭干预——或是单独使用或是联合使用——似乎都是可选择的治疗方法(加纳和比米斯，1982)。

斯顿卡德（1972）已经描述了行为疗法对于实现肥胖者的体重减少和厌食者的体重增加的成功应用。斯顿卡德强调了仔细分析个人的环境对证实引起饮食行为转变的因素的重要性。与操作性条件反射方法结合起来使用这种评价方法对于促进体重的迅速增加证明是明显有效的。阿格拉斯等人（1974）报告了使用类似方法的类似成功率。他们发现当治疗包括为患者提供体重和热卡摄取量数据的生物反馈阶段时治疗最有效。这个治疗方案的成功其部分原因在于它支持患者的积极参与，因此就抵销了厌食者被认为经受的那些徒劳无益的感觉。

利布曼等人（1974）由于推想行为疗法的有效性主要取决于对环境的控制所以就把行为矫正疗法同家庭咨询结合起来。为了控制患者出院后所回到的那种社会环境，他们微妙地对神经性厌食症进行了重新定义，这样就使神经性厌食症与其说是一个人所具有的障碍，倒不如说是全家人所共有的问题。他们的综合治疗方案既包括被识别的患者也包括其余的家庭成员。首先，厌食症患者住院进行医疗评价。在这期间，医务人员通过举行一些非正式的午餐来帮助评价厌食症

的程度与合作的愿意程度。操作性条件反射方法于是就被用来增加体重。一旦这些步骤开始见效，午餐就可以同患者现存的家人一起举行以便加快体重的增加。这些午餐也适合于以正确的方法训练家庭成员在患者出院后保持体重增加。一旦患者看来已经在规矩地吃饭并被放出医院，就应该进行门诊家庭治疗。不过，治疗者现在不是集中于加强体重增加的方法，而是将注意力转去改变一些被断定已经对厌食症发作起过作用的家庭交往模式。

由于这种迅速的全面干预，厌食者好象对治疗反应良好。出院后体重增加的保持主要取决于厌食者家人的支持行为。

第五节 青少年犯罪与变态的社会方面

青少年犯罪指的是一组已成为日益增加的社会担忧对象的年轻人的行为。它包括逃学、使用药物以及性早熟的循环情况，还包括更明显的违法犯罪行为。这个词本身实际上是指一种特定的法律情形而不是指一种临床上被定义的障碍。青少年犯罪既是个人违法行为和决定的结果也是一种具有以下这些特征的社会环境的产物，即：日益增多的家庭破裂、有差别的富裕程度和流动以及一种允许目的决定手段的实利主义道德观。

有些人试图根据一种越轨行为的观点来定义青少年犯罪，因为这种观点假定存在着某些可接受行为的标准而且这些标准把任何违反这种标准的人都称为违法者。这种方法包

括在科层制程序上花费大量时间和努力来定义越轨的行为。另一些人却把青少年违法定义为典型地引起一个有关社会机构的官方控制反应的行为类型。这两种观点都必然要涉及一些被指定专门用于青少年的法律；这些法律常常看来明显不合理。例如，一个儿童福利系统常常因逃学而暂令逃学的儿童停学，这种做法使人联想起一种规定试图自杀的人应该被吊死的古老英国法律。

发生率

很明显，实际上在社会的各个层次违法行为都常常发生。据报告当前无论是在青少年中还是在具有较高社会经济地位的人们中违法行为都有所增加。统计资料也说明了以下这些趋势：据报告的违法行为的比率在过去的10年中大大增加了；青少年正在因小偷小摸、敲诈、抢劫而且越来越多地甚至为一些更严重的犯罪而被捕；而且日益增多的青少年违法者都是女子(鲍尔，罗斯和辛普森，1964)。青少年法庭含有10岁至17岁儿童的案件在1961年至1976年之间几乎翻了一番。

被报告的违法率的增加其原因也许在于更有效的记录保存程序，在于增加了侦查，在于减少了父母的管理责任感，在于客观现实的发展或在于所有这些因素。20世纪60年代中期青少年人口的暴增无疑是一个重要的因素，它导致了这些青少年案件的比例失调。然而，诸如女子所具有的青少年犯罪率的增加这样的另一些因素有力地说明这个年龄组的社会犯罪实际上正在增多。

以前认为青少年犯罪主要是一种低社会经济阶级现象的研究（米勒，1958）和另一些表明犯罪青少年倾向于拒绝中

产阶级价值观的研究（科恩，1955；斯卡皮蒂，1965）最近已经丧失了其大部分说服力。犯罪行为正为日益广泛的各阶层青少年所共有。许多调查者（埃尔金德，1967；莱文和科扎克，1979）都已经发现犯罪在中产阶级的青少年中如同在低社会经济阶层的青少年中一样常见。而且，其他的许多青少年也可能会从事青少年犯罪但却逃避了逮捕，因而，它们也应该被称为青少年罪犯。温斯洛的一段评论就强调了青少年犯罪的普遍性（1972，P，7）："约略地估计，每10个青少年中就有1个——每6个男青少年中就有1个——在他18岁生日之前因犯罪行为(交通违法除外)被带到青少年法庭"。

人格模式

尽管青少年犯罪可能是普遍性的，但是所有的青少年罪犯并不完全相同，詹金斯和休伊特（1944）是最早描述青少年犯罪人格的基本模式的人。他们在分析了几百个临床案例之后划分了3种始终与青少年犯罪行为相联系的人格模式。

1. 过度受抑制的青少年经受着因不能恰当地表达自己的愿望和驱力而产生的长期内部冲突。他们的父母是抑制型和控制取向的，他们很少表露出一些可以引起感情暴发的问题。结果，这些青少年就倾向于在家外公开表露出自己未表达的冲突。

2. 非社会化的青少年以缺乏抑制和侵犯行为为特征，他们体现了心理病态人格的基本特性。父母的婚姻问题，大发脾气以及家庭成员的体罚滥用都是常见的。因为这些青少年体验的是永久的暴力和敌对，所以他们就以同样的方式对待别人而且几乎没有亲密的朋友。由于缺乏同父母的养育联

系，由于脱离了朋友，再加上习惯于凶暴地而不是合理地解决冲突，所以这些青少年就被视为严重地受了干扰而很难得到治疗。

3. 假社会性的青少年同犯罪同辈团体具有强烈的隶属关系，尽管在这个团体中他们看起来好象顺应良好。虽然他们的人格结构比另外两个团体中青少年的人格结构更正常，但是他们蔑视当局并易于从事反社会行为。一般说来，家庭成员之间缺乏内聚力，而且父亲也没有提供一致的控制或充分的指导。因而，该同辈团体——在这种情况下，即这个团伙——就成为社会化的主要媒介物。违犯法律或社会强制因素的行为在这个团伙的前后关系中常常出现；因此，社会化的罪犯这个词常常被用来描绘这些人。

詹金斯和休伊特对青少年犯罪人格类型的划分至今看来仍是有效的。后来对青少年犯罪人格结构的研究（例如格卢克和格卢克，1970）都引用了他们的言论，而且他们的研究结果符合最近的一些运用高级统计学方法论的研究。DSM-Ⅲ也提供了一种类似的侵犯行为模式的分类。

原　因

大部分违法行为都包含有破坏性行为或侵犯行为，侵犯行为是那些最应受直接社会惩罚的行为。传统上，解释这种行为的种种试图都集中在3个主要根源上：本能的侵犯行为，先前的挫折以及通过模仿获得的侵犯行为。侵犯行为也可能产生于这些根源的结合体。例如，当一个出身于低社会经济地位家庭的年轻儿童经常观看广泛的日常电视节目时至少可以有3种影响：第一，一些虽吸引人但却得不到的所有物或

目标的呈现可能会产生挫折；第二，对侵犯角色模型的接触可能会影响后来的行为；第三，电视可能会通过其引起和吸引住该儿童的注意力取代父母的正常社会控制。很明显，这种经历的逐渐影响对于促进侵犯行为或破坏行为可能是一个有效的因素。

洛伦茨（1962）及另一些人认为所有的物种都本能地表现有侵犯行为。因此重要的是要承认这种倾向并为释放侵犯内冲力找到现实的途径。人们还观察到在非人类物种中，侵犯行为常常符合某种有用的社会目的——例如保卫自己的领地或雏仔——而且无理的暴力也很少见。暴力和故意的损害常常作为青少年团伙生活的一个重要组成部分出现，它们除了招致惩罚性报偿之外没有任何明显的目的。也许事实上很少有违法的暴力行为只是以本能的侵犯行为作为动机。多数心理学家都认为我们所具有的任何侵犯潜势都必须由诸如严重挫折这样的因素或通过观察模仿侵犯行为的机会变成动机。

人们提出的另一种暴力原因是指挫折－侵犯假设，这个假设规定挫折是导致侵犯行为的一种有效的决定性因素。许多社会学家和心理学家都认为在一种贫困的环境中生活就包含着不断的挫折，因为财产和资源都很有限的人们为了满足基本需要而斗争。于是，环境因素及其所带来的挫折在某种程度上就可能成为那些出身于低社会经济背景的青少年高比率违法犯罪的原因。然而，同样还存在着一些使人非相信不可的论据反对这个理论。第一，有人提出，虽然在低社会阶层中逮捕违法者的比率较高，但是违法行为的实际出现并不是有规则地伴随着社会阶级的不同而发生变化。近来，诸如pi

兹所进行的这样一些对中产阶级违法犯罪的研究就证实了这个论点。第二，有人还提出，尽管在低社会经济环境中存在着影响违法行为的强烈因素，但是这些同样的决定性因素有许多在其他社会阶层中也存在。特别是有人认为家庭成员之间的关系是决定儿童是否将成为罪犯的关键因素。这种考虑就把我们带到了与暴力和侵犯行为有关的第三个因素上来，它就是模仿的角色。

家庭环境的质量通常都被认为是决定行为的一个重要因素。由于社会学习理论家强调的是模仿对于获得新行为的重要性，所以他们指出父母的行为是儿童学习的一个决定性来源。根据这个理论，违法行为是与暴力和侵犯行为出现、被观察、也许被宽恕的家庭环境相联系的。例如，一个儿童可能会公开地或暗地里模仿父母的侵犯行为：这种行为得到报偿、受到惩罚或被忽视的程度严重地影响着未来这种行为的出现（赫瑟林顿和马丁，1979）。艾伯特·班杜拉及其同事反复生动地描绘说明了模仿作为学习来源的重要性。他们还说明了真实模仿或电影模仿对于促进幼童侵犯行为的有效性。

家庭环境与少年犯罪

当然，并非所有的违法行为都能够如此简单地得到说明。虽然家庭互动模式被认为对于后来违法犯罪的可能性有影响，但是模仿似乎是获得这些行为的唯一途径。例如，诺夫（1979）讨论了有关违法行为的3种互动模式。第一种模式是指一种容许的家庭环境，在这种环境中，该儿童有许多过早确立独立行为的机会。由于习惯于这种环境，所以当家

庭之外的权威试图施加控制时，他或她后来就很气愤地对抗。第二种是这样一种家庭互动模式，在这种模式中，极度严厉的（或许是爱惩罚的）父母常常导致气愤情绪、敌对情绪和侵犯行为。这种模式对少年犯罪似乎是一种强大的刺激，因为高度控制且爱惩罚的父母都为儿童提供了侵犯性的角色模型并且向儿童传递了一种强大的拒绝预示。第三种产生违法行为的模式是这样的，在这种模式中，父母的控制是反复无常的。在这样一种环境中，儿童的发展没有一致的行为准则而且最终还可能会因父母在他（她）们的互动中缺乏一致性而丧失对他（她）们的尊敬或学着摆布他（她）们。

除了这些情况之外，按照戴维·埃尔金德（1967）的观点，还有一种家庭互动模式可能为中产阶级的违法者所特有。埃尔金德认为在中产阶级中的许多少年犯罪都是由于受父母的利用而导致的。他提出在这样的情况下人们主要应该干涉那些利用自己的孩子来满足自己未能满足之需要的父母。我们多数人都意识到那些其自尊和自我都明显处于危险状态的父母所始终施加的成功压力。因为对父母来说，为了更清楚地考虑自己孩子的需要而把自己的需要置于一旁则是一件很难做到的事情，而且许多人又不能将这两种需要分隔开。结果常常是在父母和孩子之间继续出现不和，因为双方都设法使自己的需要在尽可能最小的让步的条件下得以满足。

更严重的父母干扰也一直都是与少年犯罪相联系的。一些未能成功地适应生活需要的父母常常不能适当地照顾自己的孩子。无论是严重抑郁的母亲还是惯常酗酒的父亲都不可

能超出自己的境状而认识到自己孩子的需要。

其他环境影响

伴随着被破坏的家庭关系，学龄社会互动模式似乎意味着后来的违法犯罪。尤其是那些后来表现出惯常的反社会行为模式的儿童自入学初以来就常常表现出一些行为问题。许多这样的儿童对别人的需要都不能产生一种现实的敏感性。因此，我们自然就可以发现许多犯罪青少年都没有获得一种发展良好的神入感（埃利斯，1982）。康格与米勒（1966）和哈维格斯特等人（1962）所进行的研究以及另一些对人格发展的研究（罗克韦尔，1978）都表明青少年和成年违法问题是以童年的行为模式为先导的。在哈维格斯特的研究中，侵犯行为似乎是后来所出现的种种问题的一种特别有效的预示物，在被断定为具有高度侵犯性的六年级和七年级的学生中有一多半都不能上完高中。而相比之下，在那些被断定为具有最小侵犯性的人中高中未毕业的只有17%。这些研究结果表明在入学初期没有学会适应社会的行为者将会不断地遇到困难而且最终还可能会被称之为不妥协的不适应环境者，因为他们很合乎一种自我实现预言的时尚。

少年犯罪和学习困难之间的重要联系都一直被奥顿（1928）及其他人假设性地同异常脑发展联系在一起。根据这种理论，许多最终成为违法者的个人没有建立正常的脑优势模式。因此，由于他们具有障碍，所以他们在学校就不断经历着困难和失败、产生挫折和一种不好的自我形象并退出学习竞争而且导致行为问题。这种早期的失败在有些地方使儿童遭致损害。首先，他们常常被称之为捣乱者，这就导致

了种种改变自己行为的试图。其次，由于不能获得基本的学习技能，特别是阅读技能，所以他们就脱离了社会文化价值传统的有效来源。因此，在某种意义上，由于他们是在缺乏适当的准则和角色模型的情况下成长发展的，所以他们常常就不得不依靠自己的能力来照料自己或不得不指望同伴提供自己所缺少的东西。

无论如何，①来自严重瓦解的家庭环境的儿童以及②在学校表现出早期学习和行为问题的儿童都可能被认为以后具有违法犯罪的危险性——即累犯的危险性。如前所述，如果多数年龄较大的儿童和青少年被逮捕的话，那么他们就表现有构成犯罪青少年身分的违犯行为。不过，这种行为有许多都是一次性的，它们或是由于被激将着干的，或是为了进行试验，或许是由于激动而干的。这些人不会去发展惯常的违法犯罪模式。相比之下，累犯——即反复被逮捕——至少在一种研究中一直是与社会顺应不良的长期模式相联系的。甘泽和萨拉森（1973）利用了对200个以前曾被监禁过的违法者所进行的抽样发现，他们中间有一半后来重新被捕过，有一半后来未被逮捕过，结果他们发现累犯的 3 个最重要的预示物是：①家庭背景；②初次违法时的年龄和③最初的诊断和分类。因此，惯常的少年犯罪看来是同在家庭和学校牢固建立的社会顺应不良的早期模式密切相关的。有人曾一直认为这样的早期顺应不良模式可以导致不好的自我形象，导致一种逃避为社会所赞同的追求的倾向而且还可以导致一种接受反社会行为的倾向。

治　疗

按照恩佩（1973）的看法，对青少年犯罪的治疗首先从惩罚，经过监禁或限制，最后发展到恢复。当考察过去和目前对青少年犯罪的有效处理时，恩佩和另一些人都强调了有关问题的复杂性。对青少年犯罪的治疗问题是不能轻易就可以得到解决的。

在法律战线上，青少年犯罪司法系统都是经过非法律的社区机构的参与而被精简的。1967年，总统执法审判委员会提倡了一项叫做“牵制”的政策，按照这项政策，非惯犯首先被提交到社会机构进行干预，只是作为最后一着才被提交给法院系统。这项政策还建议用社区计划代替监管制度。

治疗少年犯罪的法律努力、社会努力以及心理学努力都只是取得了最低限度的成功。即使青少年法庭诊所常常用一种进行社会个别调查的方法来补充缓刑，但少年犯罪的比率和盛行程度都没有明显减少。还有一种流行的方法就是个人咨询，这种方法也不是特别有效。例如，剑桥—萨默维尔计划是一项包括个人咨询在内的计划，而这项计划却很少表明有什么永久性的改进。

行为方法取得了不同程度的成功（戴维森和塞德曼，1974）。对个人的环境所施加的外部控制的程度严重地影响着后果。在一个典型的干预方案中，个人建设性的亲社会行为也许是通过使用一种代换券制度而得到报偿的。不受欢迎的或不适当的行为或是被忽视或是受到处罚。不过，成功地被具体化为个人行为模式的变化程度是很有限的。

有一种很有前途的综合治疗方案叫做成就场所(Achievementplace)，它是指一种有利于犯罪青少年的居住方案

（菲利浦斯等，1973）。虽然在每一套公寓里都有两个男女管家和7到10个犯罪青少年，但是一种同伙文化取代了家庭的社会结构。这两个管家使用的是由日报偿制度发展到周报偿制度的代换券制（菲利浦斯，1973）。居民最终又发展到这样一种奖惩制度，即在这种制度中，他们在没有任何明确的强化物的情况下学着保持适当的行为模式。当达到这个目标之后，居民就有资格回到自己最初的家中。在治疗过程中，成就场所也包括当地的社区机构——尤其是学校。霍夫勒和博恩斯坦（1975）在对这个方案所作出的总评价中指出，居民在被带入这个治疗方案时通常发生巨大的变化。然而，在外部世界发展和保持这些积极的变化都是很难的。在一个高度有组织的控制环境中更容易产生变化。虽然许多人，特别是犯罪青少年都被从治疗环境中释放出来，但是当他们回到自己习惯的环境中时常常又回复到以前的行为模式上去（克拉克和科尼什，1978）。

本 章 要 点

1. 青春期传统上都一直被视为一个增加冲突的时期，因为这时心理顺应不良的潜势很强。不过，多数青少年基本上都顺利地从童年过渡到成年，而且很少有什么冲突和严重问题。

2. 青春期认知发展的一个重要方面是被增加的自我意识。

3. 发展个人认同感已经被许多人视为青春期的主要发展任务之一。这种发展指的是实现一种不依赖于社会网络的

个人价值和完善的感觉。

4．至于认同问题是否应该被视为心理障碍，目前还存在着某种争论。不过很明显，不能获得某种令人满意的个人认同感可能会对后来的心理顺应问题发生作用。

5．青春期和成年早期尤其在男子中间是自杀的高度危险期。青少年自杀的典型模式是个人的处事能力逐渐减少到极端绝望的时刻为止。

6．药物滥用通常被视为青少年问题。不过，为了广泛的目的而促进使用化学药剂的文化价值观也有助于相对允许使用药物的趋势。

7．厌食症是一种个人故意拒绝饮食而使体重过分减少的状况。由于这种症状在女子中要比在男子中更常见，所以它一直被视为一种对害怕肥胖的过分反应。

8．厌食症最初是在心理动力机构内部受治疗，但是最近人们已经证明一些集中于通过医疗干预和着重行为的心理干预来迅速增加体重的综合治疗方案也很有效。

9．青少年犯罪描绘的是一种法律情形，它可能是青春期最常见的越轨模式。从心理学观点来看，存在着不同类型的青少年犯罪。

10．就药物滥用而言，少年犯罪在某种程度上可能是由于对暴力和侵犯行为相当宽容的社会态度引起的。在这两种情况下，青少年直接地和通过各种手段接触到一些产生有力模仿影响的成人角色模型。

第十八章 成年人与高龄人心理障碍

作为具体的顺应阶段，童年期、青春期和老年期都受到了极大的关注，但是，直到普雷西、詹尼和库伦（1939）对实验文学评论时，才出现成年人心理学。拉沃伊（1980）谈论到在确定成年期的具体年龄上，还存有不同的意见。可是，大多数专家认为，20多岁到60多岁这段时期，还是比较合理的。前几章所讨论的大多数病理学上的案例（如：酒精中毒，精神分裂症，及抑郁症，都可以被视为对成年人有影响的问题。这些都见于附带的专栏里。这些问题是前几章讨论的主题。在本章里当然不必再重复了。可是，有几种具体的障碍，只在力图处理与成年人有关的问题时，有条件地引用。

第一节 成年期的一般变化

成年期会发生种种心理和身体上的变化。这一时期，尽管某些具体方面的智力，诸如：晶体智力（信息内容的积累）直到60岁还可能提高，但总的智能却在慢慢衰颓。包括视觉运动技术和组织新信息在内的智力，在成年晚期有显著

下降的趋势（沙伊和盖威茨，1982）。波特威尼克（1981）发现，智能原来很高的人与较低的人相比，下降的要少些。此外，语词智能的突然下降（即，终极跌落），往往预示过早的死亡。

一般出现几种有关的身体变化。伴有快速眼球运动的睡眠率下降了，大脑活动更加迟缓。听觉灵敏度下降了，一般人开始主要用右耳来听。老花或称远视也随眼球晶体变厚而加剧。简单的身体反应次数尚未明显变慢，但复杂的突然反应次数却减少了（拉沃伊，1980）。丰富的营养，适当的锻炼及强烈的生存感，都有助于延缓衰老过程。

专栏：与成年期发展的挑战相应的潜在的严重障碍反应

顺应障碍（见第五章）　顺应障碍是这样一些反应模式：一个在其他方面健康的人，由于严重的人格创伤（如：离婚或子女死亡），表现出情感紊乱，或者，是由于环境上的变化（如：[illegible]），这些障

面对生活上一般的或特别的挑战时，有效地组织自己能力的下降。分离障碍—持续的自我意识的紊乱，可能是对意外创伤（如：丧偶）自我应付的反应；萎缩是一种更加长期的模式，可能是精神分裂症状学中表现的严重形式之一。

吸毒与酗酒障碍（见第十二章）　出现吸毒与酗酒障碍有种种原因，包括来自同辈人行为标准的压力，或瘾癖的加大。由于从青春期到老年期会出现许多发展上的挑战，所以这样一些模式，可以作为一种手段，来避免矛盾心理和冒险。

妄想症（见第九章）　妄想症患者长期不信任别人，而且往往感觉受迫害或者至少感到被误解。在严重的情况下产生嫉妒或受迫害的幻觉（不正确的信念系统）。这些信念可能伴有特别或了不起的夸大的幻觉。

性欲倒错和性机能障碍（见第十一和十八章）　成年期的性机能失调和性欲倒错受到了极大的关注。性欲倒错（如物恋）反应了性欲唤醒和释放上的偏差及顺应不良模型；性机能障碍（如早泄）是这样一些模式；性功能不正常会引起内心焦虑和/或交往困难。

人格和冲动障碍（见第十三和十八章）　人格障碍是长期的和基本的习得行为模式（如戏迷症和消极性攻击模式）。当一个人遇到成年期不正当的性关系和持续的交往挑战时，这些模式就变得特别地顺应不良。冲动障碍模式（如纵火和爆炸狂），在青春期和成年期都是常见的，而且还反映出不适当地应付冲动和交往压力。

心理生理障碍和压力障碍（见第五和七章）　心理生理障碍和压力障碍都是身体障碍（如头疼和高血压）。在发生身体障碍中，心理成分——如A型行为模式和被抑制的恼怒都起主要作用。个人生活中的任何变化都可能产生紧张刺激，而累积起来，就有可能导致以后的身体或心理障碍。

第二节　人格变化

盖尔·希伊的《道路》一书（1976），最初使大众明白了这一认识：成年期人格的具体变化可以反映一系列的生活阶段。尽管这部书的大部分材料是基于丹尼尔·莱文森和他的合作者的发现，但象大多数通俗心理学所做的努力一样，它也大大地简化了。莱文森的复杂的分析，描述了一系列在理论上都普遍适用的生活阶段，这些阶段反映了自身反应和个人生活。

莱文森的理论在许多方面与艾里克·艾里克森的理论相似：在每一个阶段上，个人在进入下一阶段前，都必须完成该阶段的某些任务。例如"进入成年生活"阶段的有些矛盾的任务是：①不隐瞒自己的观点；②开始发展一种稳定的生活结构。这两个任务之所以基本不相容，部分原因是：人们在30岁左右，要经历据说是过渡时期固有的危机。艾琳在个人和职业生活上遇到必须做出新的选择时，企图保持生活上的绝对稳定，这就说明了如何会出现这种冲突。在许多情况下，所做的突然改变（如离婚或职业爱好上的改变），代表了解决这些冲突模式的企图。

在莱文森系统的阐述中，特别引起人们争议的是中年过渡期。他把这看成是戏剧性再评价时期，即寻求新的含意时期。实质上，这个概念反映了卡尔·荣格的早期思想（见第二和第四章）他认为个性化（创造自我的人格意识和含意）这一任务，是生命后半期最突出的任务。这个时期，许多人考

虑到他们终久要死亡这个事实，第一次来评价他们的成就和前途。艾琳受到不断的心理治疗，这揭示了，这些关注是潜存于她对工作和婚姻语词化了的忧虑之后的。

许多文学作品已赤裸裸地暴露了这些忧虑和危机。阿瑟·米勒的剧本《推销员之死》中的威利·洛曼便是一个例子。莱文森断言，尤金·奥尼尔就是在他自己经历了中年危机后写成《冰人到来》的。在这个剧中，奥尼尔描绘了一个酒馆，里面的顾客全是中年人，即使他们对未来已丧失了信念，还是不断地述说着年轻时的幻想。冰人是死亡的象征，在绝望时他必然降临。

然而，奥尼尔和荣格的创作力似乎是被他们所经历的中年危机激起的，象其他一些名人也是如此。如：弗洛伊德、人类学家玛格丽特·米德、艺术家高娅和高古、建筑师弗兰克·劳埃德·赖特。另外一些，如辛格莱·刘易斯和迪伦·托马斯，也因不能恰当地应付中年危机，而才能枯竭了。莎士比亚在《雅典的泰门》和《李尔王》中描述了这样一些在中年人身上突然发生的个性转变，即这些个性转变导致了他们的毁灭。据说莎氏本人在45岁前就停止婚姻性生活，而46岁前就不再写剧本和诗歌了。

大多数人都同意这一看法，莱文森已阐明了一种在某一点上影响大部分人的危机。可是，从下面的评语中可以看出，他的解释无疑是僵化的。“年龄到了45岁左右，必须放弃中年过渡的任务。一个人已到了该对他们所做的选择进行再估价、探讨和检验的时候了，而且也该创造新生活的基础了”。（第61页）宣传这种特别阶段的必然性，会遇到这样一个意

外的问题：没有经历过这些阶段的人，会开始感到他们是变态的。正如纽加顿（1979）、莱西和亨德里克斯（1980）所指出的，顺序阶段这一概念，并非与每个人的阅历和经验相符。而且象这一方面大多数别的努力一样，莱文森的假设也是基于有限的数据标本。纽加顿还发现，有关妇女的数据几乎没有，尽管那些可以得到的数据表明，妇女的经历，比有些人估计的，与男性的更相似些。艾琳在公开的个人经历中所表现的冲突，当女性投身于先前主要由男性占据的工作和角色时，也就在妇女中越来越普遍了。

除了他们所用的实例很少之外，莱文森及其他人的研究，因为过于依赖自报数据，搞糟了。例如：罗森伯格和法雷尔（1976）从中年男性那里获得的自报数据表示，这些男人几乎很少或没有经历过中年危机。他们的受试者声称，至少中年期也象其他任何阶段一样，是愉快的。然而事实却始终是，在生活的这一阶段里，抑郁症、自杀、酗酒、以及进精神病院的比率、比其他任何阶段都高。

无论你是否承认莱文森（1978）、威伦特（1977）、或其他人所描述的这些顺序，但有一点是非常清楚的，即多数人在成年期都要经历一般的人格变化。沙伊和盖威茨(1982)描述了一系列的认知行为过渡，这些过渡行为起初的目的在于，获得更大的责任感和控制环境；最后则重新简化生活要求，只注重直接的生活利害和死亡的必然。

大多数人一生保持三、四个好友，虽然在生活周期上这些朋友都会被别的代替，而表示心理健康的迹象之一，便是与一个密友接近。随着年龄的衰老，其他常见的积极调节的

迹象有：①美满的婚姻；②职业上有能力；③对童年经验的好的感觉；④与所喜爱的同胞接近并得到他们的支持；⑤子女们取得的成就（拉沃伊，1980）。对于老年男性来说，似乎美满的婚姻比老年女性更重要。

当然，满意的心理调节的先决条件是，人们不是被迫地从根本上来改变生活方式。在高龄人中有可能出现这些方面的一种或多种变化，而且可能严重地影响行为模式的连续性。经济保障上的突然变化，可能是由强迫性退休造成的。朋友或亲人的突然死亡，留下一个社会性的空缺。身体疾病有可能侵扰在别的方面令人满意的退休。人们都有可能经历这些不幸，而那些有应付技能的人才能有效地反应。在这一方面，年龄似乎并非是主要因素。可是，遇到特定时期的问题时，年龄却能对问题的数量产生影响。因此，70岁的老人与45岁的人相比，似乎在相对很短的时间内，更有可能经历经济、社会和/或有关健康方面的变化。从这一观点来看，高龄期出现的生活方式上的主要变化，一般都是由个人经济、社会地位和健康上的物质变化造成的。

专题研究：根本的职业变化的心理基础

大街一家有声望的广告公司。总而言之，他既成功，又富有、还有影响，而且还有可能进一步地被提升。他的变化是一个突然的变化，3个月内，他放弃了工作，购置土地，计划在葡萄酒工业刚慢慢兴起的地区建第一个葡萄园。他一天干10个、12个小时，他开始一天甚至干15个小时。他在山坡上的空地上建了一座农舍式的建筑，装制酒设备，存放机器，最后又收获了第一批葡萄。皮特津津有味地讲述他的经历，因为他的冒险已经得到了报酬。几年之内，他的酒就出了名儿，而皮特也被公认为这个地区受人尊敬的制酒商之一。

象皮特这样根本的和突然的职业变化，现在越来越普遍了，已成为人們大量研究的对象。这些变化以什么方式与生活周期的模式相联系呢？

大卫·克兰兹正式采访了新墨西哥圣菲区的一些人，他们曾经历过根本的职业变化，每隔五、六年就离开固定的工作。大卫的目的是想确定，有哪些因素导致做出变化的决定和变化的后果。一开始就变得比较明显的事实是：职业变化并不限定于具体的年龄。他的调查对象的年龄，从32到64的都有。虽然他们所有的人至少都有大学学历，但却来自各行各业。

人们假设，一些经历了职业或工作上的明显地突然变化的人，一定有严重的心理问题，这是很正常的。可是，根据克兰兹所调查的那一类人，在顺应上和大多数工人相比，并没有多大的出入，不同就在于对付大多数人都可能经历的冲突，所采用的根本方法。从心理上来看，一个人抛弃工作，可能引起许多问题。根据克兰兹调查内疚、令人不安的贫困前景、丧失自尊，及向朋友做解释的压力，都可以产生采取这一行动的阻碍。

那么，在留于原处的强迫动机面前，是什么引起了这些明显的突然变化呢？这就要牵连一些实际问题。对大多数人来说，战后的通货膨胀把他们的生活费用涨得太高了，无法维持原有的生活方式，在大

都市区，尤其如此。因而许多人选择新的居住环境，这是不足为奇的，因为那里的生活费用低一些，而生活也不那么复杂。有些人只是觉得已习惯的环境不是那么令人愉快，或者认为环境恶劣，文化不同，或者认为圣菲区慢节奏的生活很吸引人，因此想要改换一下环境。可是，仅只改换环境并不足以使这么多人决定转变。事实上，大多数人留在原处，有其强迫的原因。往往许多肩负重大责任的人都被工作捆住了，工作占据他们的大部分时间。大量的人面临着几年后即将退休的前景，他们有充分的理由担心，任何重大的变化都会威胁他们退休的利益和工作保障。许多人都有家庭，而且已养成了很难放弃的舒适的生活方式。

克兰兹下结论说，在这些情况下，强大的力量得在诱导变化中起作用。克兰兹把他们的行为看成是，对付这一事实——在工作中他们

然是当今的主要问题。

一、作为系统的家庭

经济、社会和心理压力，是家庭生活的警觉模式。例如：1961—1978年间，把子女抚养到17岁所需的费用，据保守的估计，是4万多美元，还不包括母亲在此期间不能上班所造成的收入损失。现在夫妇们要孩子要得更少，婚后很久才要孩子，而且更有可能与别人共同抚养孩子。这些变化反映了为适应显著的文化变化所做的努力。而且，人们对于过去备受推崇的、具有传奇色彩的核心家庭的生存性的怀疑，比以往更甚了。（舒尔茨，1982；韦斯和温德尔，1982）。

米努钦（1974）已广泛地研究了子女易患各种压力障碍病症的家庭（见第五章）。排除了各种遗传身体因素后，他发现，这些家庭常常表现下列顺应不良模式：

1．网套式　在这个模式中，家庭成员的交际是间接的，往往模棱两可，而且迷糊人。

2．过分的自守式　这个模式使自主发展落后。

3．极刻板式　当家庭应付各种发展趋势时，这一模式抑制自然的发育和变化。

4．无效解决式　不能有效地解决问题和冲突。

这样一些模式，把整个家庭当成“病人”来集中治疗，是符合逻辑的。无论症状行为出现在哪个家庭成员身上，这都有助于重建清楚的交际模式。而且能最大限度地减少症状行为。米努钦和其他人的研究（舒尔茨，1982）已证实，家庭成员中的交际可呈现许多形式——一些明显，一些含糊。家庭成

员传送和接受信息的有效性和明晰度，在确定一个家庭作为一个整体能如何很好的作用这点上，起着非常重要的作用，大部分混乱的家庭交际模式都相当复杂，单一的、简单的信息是少见的。如后面的方案所说明的，家庭成员说什么及他们实际的行为方式如何，这之间常常也有明显的差异。

一个治疗者想获得有关一个学习成绩很差的儿童的背景材料，在最初会见时，他把这个家庭作为一个整体来会见。他没有特意对某个家庭成员说话，问：谁是这家的发言人。那位丈夫立刻回答："我妻子。"以后的会见揭示了一个清楚的模式，即丈夫支配夫妇间的谈话，在某种程度上，为了安抚他妻子，他保证她实际支配一切。在父子间相互交流上，类似的模式也很明显。原来是，这个父亲对批评极为敏感，而企图通过积极地控制谈话，把他控制在家里。只有他被说服而放宽一些控制，真正允许别的成员说话之后，才真正出现了积极性的变化。

这种相互作用说明了稳态或平衡这一概念，这是从控制论借来的一个术语。稳态（又称内部平衡状态）暗示，为了保持某些可预性模式，一个家庭的成员相互持续地顺应。在一般情形下，这种收发模式，是家庭心理健康的象征。可是，家庭成员个人行为上的显著的或意外的变化，可能会引起成员间的危机，如一个孩子在学校的行为突然变坏。认识这一点后，为了弄清孩子行为上突然变化的社会背景，使用家庭疗法的治疗者要求会见整个家庭。

二、家庭疗法

象个人一样，在顺应和心理健康水平上，各个家庭也是不同的。虽然DSM-Ⅲ在讨论内心的和社会学的概念时，并没有强调家庭成员心理病原学，但家庭成员的相互作用，可能会引起或促成本书所讨论的许多儿童和成年人的严重障碍。

家庭疗法把心理变态看成是两个或更多家庭成员间的交际损害，而不是看成影响某一单独成员的情况（巴加罗齐等，1982）。因此，使用家庭疗法的治疗者应避免寻找家庭“替罪羊”的倾向，因为处在这一倾向中，某一家庭成员往往被谴责为“有病”需要治疗。许多家庭却反对这个方法，似乎他们不愿意分担别的成员行为上的集体责任。他们宁愿推一个成员来接受治疗，而不愿正视影响他们所有人的冲突。

家庭疗法有 4 种基本方法，它们都把注意力集中于整个家庭，把他们都视为病人（奥尔森，1970）。联合家庭疗法是最常用的方法。理论上，一两个治疗者在整个治疗阶段，要会见所有的核心家庭成员。亲属网络治疗法不仅利用核心家庭，而且还利用亲近的友朋和邻居，力图为这个家庭建一个更大更有帮助的社会网络。多效果疗法使用一组治疗者，在几天之中的集中治疗阶段中，既分别地又以各种联合的方

成一个小组。这种介入的相互作用水平，与任何一个病人与其他人是如何相互作用的有关。在这个过程中，治疗者既可以观察家庭之间的，又可以观察家庭内部的处事行为。

在下述情况中，家庭疗法最适用：①一个家庭用一个成员当替罪羊或解除家庭苦恼的安全阀；②一个有内部身体障碍的家庭成员受家庭结构变化的帮助，支持他或她需要做的积极性的个人变化；③或者一个家庭成员的角色变化（如一个儿子或妻子寻求独立）会产生家庭破裂（沃尔龙德与斯金纳，1976；韦斯和威德尔，1982）。当家庭成员十分焦虑及不能用语词表达情绪感受时，家庭疗法被认为不适用。有冲突习惯或关系已迅速恶化的家庭，似乎不可能有成功的治疗结果，这时也不适宜使用家庭疗法（格特曼，1973；沃尔龙德与斯金纳，1976）。

使用家庭疗法的治疗者必须能熟练地扩大对一个问题的讨论，围绕一个已确定的病人的问题讨论家庭所起的作用，而不威胁或拟在谴责别的家庭成员。有几种办法很有用。弗吉尼亚·沙梯尔（1967）和其他人使用一种高度组织的会见方式，强调父母的作用是家庭的核心。这样一种方法使父母明白他们在抚养家庭上所担负的重大责任，而且强调他们在形成子女行为上所起的作用。另一些使用家庭疗法的治疗者（巴加罗奇等，1982；韦斯和威德尔，1982）只注意家庭内部变化的具体行为契约。

有些使用家庭疗法的治疗者更迂回。杰伊·哈利（1959；1973）使用一般化的语言。例如：对一个学龄男孩的家庭治疗讨论，可以包括象这样的话："咱们这个社会鼓励男性去奋

斗，并使用权力来得到他们想得到的东西。”运用这样一般的话题，允许别的家庭成员扩大讨论范围，回避已辨识的病人。常常发生这样的事，孩子的父母可能会熟悉这个话题，而且开始认识到，她对儿子的担心与对丈夫的担心是一样。

专栏：家庭疗法中所使用的典型的行为契约

相应的行为→互换→相应的强化刺激

肯，18岁，每天晚饭后用十分钟把垃圾送出去，学习成绩高于C，跟他爸爸谈话时从来不敢高声。	肯被允许把电视机放在他的房间里，每周两次使用家里的汽车，不受盘问，到哪里去了。
苏，16岁，同意每周出去和哈瓦德单独约会不下一次，直到深夜回家，没有喝酒的证据。	苏每天吹长笛一小时（尽管吹得很差），每周4次，没人同她争论，每周得红利五美元。
爸爸晚8点钟前在家不喝酒，每周一两次陪妈妈在格林·德比（她喜欢的饭馆）吃饭，或看电影，如果情绪好，吃过饭后看电影。	爸爸随意玩高尔夫球和滚木球，每周4次，在不同的时间。

三、婚姻美满

结婚对许多人来说，是实现自我和美满的源泉，而且结婚也是从任何心理（及身体）障碍复愈的一个有积极意义的征兆。因此，值得注意的是，自1890年以来，每30年中，夫

妻离婚的数目约增长1倍（克里斯琴森，1964）。人口统计学预计，20世纪80年代结婚的夫妇，有近半数将逐渐离婚。

当然并非所有的婚姻不协调都以离婚告终。有些夫妻似乎认为，生活在有冲突习惯的婚姻里，是很有味儿的。由冲突提供的联系，似乎比冒使关系夭折的风险，更受人喜欢。（舒尔茨，1982；韦斯和威德尔，1982）。对由连续结婚造成极大不幸的夫妇的统计，其数字变化从15％到30％。即使一般幸福的夫妇，每周也平均有一次不致引起离婚的吵斗。但不幸的夫妇几乎每天都吵斗，这样他们可以有理由大量接触。

一般来说，一个人结婚时的年龄越大，他或她所经验的婚姻不和谐就越少。同样，一个人的社会经济阶层越高，其婚姻也越美满，这反映经济问题在产生婚姻不和谐上所起的作用。然而，中上层夫妇的数据也表明，在结婚的头10年内，婚姻美满也有稳定的衰败迹象。

伴侣关系活动是婚姻幸福最有效的征兆，它必定受到社会地位的影响，与子女的数目成反比，而且也与出生次第有关。例如：先出生的丈夫和后出生的妻子就比作为独生子女的夫妇，有更多的幸福机会，因为独生子女似乎不可能象多姊妹的人那样，有共享的经历。我们必须注意，对这些研究结果的统计，还有“许多”例外（舒尔茨，1982）。

四、人格障碍和婚姻压力

除了人口统计的差异和交际问题外，我们通常还可以在婚姻十分不幸的夫妇一方或双方身上发现某些人格障碍。第十三章中没有详细讨论的3种人格障碍，在婚姻压力的情况

下经常出现。往往精神保健人员最初注意到这些模式，这是由于工作性质的原因。

1．被动—侵犯人格障碍

被动—侵犯人格障碍，是临床实践上最常见的模式。即使是轻度的形式，在成年人关系之中，它也是造成许多不幸的原因（加德纳，1965；米伦，1981）。

这种障碍的核心是敌意，只不过不是直接表达的。这种敌意能影响别人，但被动—侵犯者否认它，往往似乎他们自己受到了侮辱，而不承认有敌视或侵犯的意图。但公开的实际行为，“要么”可能是被动的，“要么”是侵犯的。常见的特征是：拖延、偷懒和健忘（巴瑞特，1980；米伦，1987）。这种模式，在某种程度上是由文化决定的。

所有的父母都经历过这样一些情况，有时他们的孩子会把他们逼到控制的边缘。虽然这样一些模式会引起父母—子女关系上的挫折和烦恼，但父母—子女的模式在生活方式上占据重要的位置，并且在持续的接触中转换成了一种新的密切关系（如结婚）时，它才会发展成人格障碍。

象儿童一样，被动—侵犯者对别人的控制限度非常敏感，而且不断地向边缘点移动，但并没有超越那个边缘点。

具有被动—侵犯人格的人似乎接受他或她所依赖的人建立的规则，并把它们稍加改变，结果，以后就固定下来了。这种办法（受时间条件支配的）就是，向他的“敌人”（通常是他们所依靠的重要人物）出难题儿，迫使他们要么放弃要么违背他们自己的原则。另一个人就被动了，然而却指不出原因或总的行为来证实这是一种报复（巴瑞特，1980）。例

如：一个父亲过去总是要求严格遵守一套宗教标准。一个星期天，他要求两个儿子在院子里帮他干活。他们最厌恶干活，于是就假装正经地说他们很愿意干，但却不能，因为"今天是上帝日"。并指出，在教堂里，他们听说上帝日干活是不对的一这就是有效的被动-侵犯模式的一个例子，尤其是，在此之前他们对宗教根本没有多大兴趣。在《好兵帅克》（哈塞克，1930）一书中，可以见到对这种模式惊人的文学描写。象漫画角色比特尔·贝里一样，帅克惹得上级发怒并挫败他，是由于帅克过于简单地执行了他的指示所造成的合逻辑的，有时又是十分可笑的结果。

由于被动—侵犯模式在长期的重要关系上特别易于产生问题，所以，婚姻和小组治疗特别有效。治疗者和小组成员必须小心别成为可依赖的角色。也当心别被被动—侵犯伎俩所颠覆。

2. 自恋人格障碍

这种新的DSM-Ⅲ分类是当代社会条件作用的产物。由于受到大量自助手册和广告宣传的刺激，人们开始接受这一原理："我最了不起！"助长了"优越感"。正如文化史学家克里斯托夫·拉希（1978）清醒地论道：自恋人格只不过是这样的社会价值观符合逻辑的扩大而已。

这种模式的基本变体是：由夸大的自我价值感，赢得羡慕的出风头行为和不顾别人利益所引起的交往困难。自恋人格是冷漠的、孤立的，在人际交往上是剥夺性的，而且缺乏社会道德心。自恋者与反社会人格相似，只不过他们更不易公开表现出侵犯行为而已。而且他们的价值体系是享乐主义

的和不喜爱社交的，而不是反社会的（巴瑞特，1980；米伦，1981）。

自恋人格一般在青春期变得明显。由于这些人很少明白需要治疗，所以这种障碍就成了长期的。象患有其他人格障碍的人一样，只有当具体情况（婚姻上的困难）迫使他们接受治疗时，他们才这样做（亚当斯，1978）。明显改变的预测，充其量是中度的。后来的调节相对来说是很弱的，因此，自恋人格最有可能在强大的压力下发展成精神病行为。

3. 癔病人格障碍

DSM-Ⅲ中的癔病人格障碍分类，传统上被认为是歇斯底里人格。旧的名称不正确地表示，这是一种与以前所定的歇斯底里性神经官能症的病因相平行的障碍。癔病人格在临床实践中是常见的（加德纳，1965）。这些人追求别人的注意，也需要从别人那里得到很高水平的情绪反应。他们的公开行为，往往是对一个情景过度的反应，而与正常人相比更强烈、更夸张。这就是“癔病”这一术语的含义。

癔病人格似乎是社交上的敏感和感情移入，所以容易建立新的关系。但是，他们总是在情绪上不敏感，看不清自己在人际关系中的作用。从这一点上来看，其行为与妄想狂模

清楚了，男性也表现有这样障碍。然而，由于传统的社会观点的歪曲，以为这些症状是女性的，所以在女性中更常见一些（巴瑞特，1980）。

通过戏剧性手段（恢复信仰，催眠术）的短期治疗，一直对转变障碍（歇斯底里性神经官能症）和癔病人格很有用。因为这些方法很适用于这些人格特征。但往往还出现恢复以前的行为。这些人一生中总是播下破坏关系的种子，还不知道他们给别人造成的痛苦。

五、婚姻疗法

直到最近的几十年，对婚姻问题的治疗，还只分别集中在两个人身上，让他们接受单独治疗，希望他们能顿悟，通过行为促进关系好转。于是，现在婚姻疗法把夫妻双方都当病人对待。因为许多困难都反映了交往问题，由另一方引起的具体行为，以及对另一方不现实的期望（韦斯和威德尔，1982）。

有经验的婚姻治疗者通常把几种理论方法结合起来使用（巴加罗齐等，1982）。他们的最初目的是使夫妻明白他们的相互关系出现了障碍。然后提供方法使他们发展令人满意的关系。现今使用的主要方法，是由完形疗法、相互作用分析、行为疗法、及交际理论（见第四章）等不同的来源发展而成的。有一种常用的方法，它使用的是某种形式的“公平吵斗”原则，这些原则反映了巴赫和怀顿（1969）早期的深入观察，在本章专栏中将详细讨论。

夫妻订立契约，共同遵守这些原则，把破坏性的吵斗变

成建设性的意见交换（巴赫和怀顿，1969）。大部分夫妻还需要发展更有效的交际技术。艾斯勒等（1973）强调，有些痛苦的夫妻没有能力表达他们肯定的或否定的情感。他们首先录制一些夫妻间相互作用的录像带，然后在夫妻观看的同时，对录像带进行分析。于是，夫妻就可以看出什么时候在他们非语词地发出一个相反的信息的同时他们已经用语词传达了某一件事情。这样的监察与矫正可以有效地改变不正常的交往，尤其是当治疗还包括注意那些导致某些信息的潜在情感时。

相互作用分析提供了一种对各种"人玩的游戏"的分析，这种分析常常有助于使有障碍的相互关系概念化。一种常见的相互作用分析的婚姻游戏是："如果不是因为你的话。"例如：妻子会说（不能是直接地）："如果不是因为你，我也许大学已毕业了，并且有了我自己的工作。"（或其他方式实现她自己）。丈夫可以用"是的，但是"游戏回答。在这项游戏中，丈夫先诱出妻子的观点，然后用各种各样的"是的，但是"的论点和言论来消除她的观点。实际上，妻子可能是在利用自己的责备来有意掩盖自己缺乏勇气去发挥自己的专长。同样丈夫也可能害怕她所说的话，他不承认自己的情感，而使用各种理由（虽然可能不是中肯的）来贬低她。

行为主义者低估了双方之间使用明确的契约代替含糊的、不能言传的希望和要求所具有的价值；而这些希望和要求正是夫妻不幸的特征（韦斯和威德尔，1982）。这种合约的系统妥协企图把对无形东西的要求（如改变态度）转换成对

改变具体行为的要求。象前面家庭疗法中的一个例子一样，这种契约往往是书面形式写成的。在契约上签字的手段，只不过是要求对可能发生的变化或结果担一定的义务（这是一种真诚契约，或者报酬契约）。在报酬契约中，丈夫可能同意干一些具体的家务活儿，而妻子可能同意陪（或不陪）丈夫去看足球赛。如果任何一方不忠实执行自己的那一部分义务，另一方便不负道义上的责任。利维（1979）和雅各布森（1978）在不同的研究中都发现，建立真诚契约和报酬约法都很有效。

专栏：公平吵斗原则

1. 不许使用“测心术”，不许推测别人的动机。

2. 只集中于目前，避免提以往的事情。

3. 一次只限制为一件事争吵。

4. 不许互相谩骂。

5. 提及另一件事之前，得对每一点做出回答。

6. 对于“事实”，意见不统一时，要找出事实根据；对“意见”不能统一看法时，应承认应该如此。

7. 只许动嘴，不许动手。

8. 然而，从心理上，任何一方都可以拒绝吵斗，或采取“阻挠议事”的办法，对问题存疑。

9. 尽量肯定正确的。

10. 尽量在限定的时间，找出解决的办法。

资料来源：摘自G·巴赫和p·怀顿的《亲密的敌人》(1969)。

六、离　婚

尽管有证据证明有些方法治疗性机能障碍、不正常的交际和婚姻问题有效用，但许多夫妻还是用离婚解决问题。据统计，新婚夫妇的离婚率将近50％。虽然多数人发现离婚可以产生积极的结果，但显著的不幸也常常是它造成的后果(沙伊和盖威茨，1982；舒尔茨，1982）。

经济地位是最值得考虑的问题，因为两位家庭户主都需要支持。如果有子女，会产生一些具体的压力，包括作为独个家长（90％的是女性）所遇到的困难以及没有秩序的家务事。无论有无子女，角色顺应和人际问题都是不可避免的。而且寂寞和随之而来的抑郁感也是常见的。再婚可以减轻寂寞感，但是也仍发现，再组织的家庭与原核心家庭相比，会经历更多的心理压力（舒尔茨1982）。

第十章所讨论的治疗抑郁症的大部分方法对于治疗离婚后产生的抑郁症也非常有用（卢文森和霍伯曼，1982）。团体疗法特别有效。团体疗法比个人心理疗法有明显的长处，更多的病人可以少花钱接受治疗。除此之外，团体的社会环境可以便于新行为的泛化。这些新行为是离婚后发展成的。团体中发展的新关系所产生的人际活动和反馈也特别有用。

第四节　与高龄有关的一般顺应问题

成年期是通常与职业和事业发展有关的时期，而且，在许多情况下，也是承担家庭责任的时期。一般说来，这一阶

段向任何与年龄增高有关的发展变化让步，这种让步往往带来生活方式、兴趣和顺应模式的改变。对于妇女来说，尤其如此。因为从平均水平上来看，妇女比丈夫活得更久些（加拉格尔，托巴森和皮特森，1982）。

通常，人们假定年龄衰老本身就是心理问题的来源。然而，另一个正逐渐被接受的观点是，与高龄有关的心理问题是老人遇到的已增加的紧张刺激和压力的结果，这未必是因为老人对付不幸的能力减弱了。老年人与年轻人相比，更有可能经历诸如强迫退休，失去配偶，身体疾病和依靠固定收入这样种种压力；在相对很短的时间内，也许它们同时出现。老年人的处事技能也许不比以前差，不同的是，有可能出现大量有压力的而且需花费精力处理的生活事件，如社会的、经济的和心理的。许多老年人都能以高度适应的方式，成功地处理这些事件。原则上，早期生活中成功的顺应是个人如何适应年龄增高的好预兆（马森、杭齐克和艾孔，1982）。

但对年纪衰老来说，远不止这一点。艾里克·艾里克森把高龄描绘为对人生的反映和回顾。在艾里克森看来，选择只是在于他所说的完善或绝望。那些能带着满意或达到了生活目的意识来回顾自己一生的人，得到一种完善的意识。不能改变过去、以及失去了对未来的希望的人会受到绝望的影响。在任何情况下，这种评价总是伴有这一认识，即：一个人正临近自然生命期限的边缘。老年人因经常失去朋友和亲人，而感到他们有生之年不长了。相比之下，一个幼儿因疾病或事故造成的夭折则是一个孤立的事件——一种必然引起愤怒、悲哀和同情的事件，但与必然死亡的意识是不相同的。

老年的自然归宿就是死亡；但在任何其他时期，似乎都是反常或夭折。

在处理有压力的生活事件和对待必死的前景上，老年人必然经历和表现全面的情感反应，包括焦虑、内疚、愤怒、绝望，以及可能还有大笑和平静（舒尔茨，1982）。可是，在我们这个社会中，有这样一种倾向，即对老年人的情感表达采取小心谨慎的态度。通常，情绪控制上明显的改变，或行为上的显著变化，被看成是开始衰老或智力衰退的迹象。事实上，恰巧象每个人一样，老年人也经历暂时的困难，重要的是，要把这些与实际上预示着更严重的衰颓障碍区别开来。在后者中，大多数是与中枢神经系统的整体衰退有关的（见第十四章）。

象年轻人一样，老年人也会遭受各种各样心理矛盾的痛苦。可是，成功地治疗老年人会遇到更多的妨碍。其中最主要的是，把老年人中的许多问题看成是表示不可逆转的、发展的疾病过程。例如：偶尔的记忆失误，虽然对各个年龄上的人来说都是常见的，但在老年人中却被评价得更加严重，因为传统上把记忆问题看成是衰老的标志。同样如此的是，认知局限会影响一些老年人，但这些只不过反映了缺乏早期训练或教育，根本不是什么不可逆转性的障碍（沃姆斯利和阿林顿，1982）。

老年人本身也可能拒绝评价或治疗，因为他们觉得评价或治疗会给他们的日常生活带来恐惧和物质上的变化，医生，心理学家和其他保健人员可能反对治疗老人，因为他们对那种年龄的一类人缺乏认识、经验，或者同情心。老年人

的家庭可能反对他们的治疗，因为害怕增加经济负担，或者在某些情况下，对治疗的好处怀有矛盾心理。

假定这些因素都可以克服，那么其治疗结果，就跟治疗任何其他病人一样是成功的。因此，在讨论尤其是老年人中流行的两大类心理障碍——那些与机能性质有关的障碍以及那些与中枢神经系统损伤有关的障碍时，我们强调的是这些病情通过治疗可以得到补救的程度。

第五节 机能障碍

一、抑郁症

抑郁症是最普遍的老年人机能障碍。如第十章讨论的，抑郁症是一种以泛化的活动迟缓模式为特征的病状，通常伴有“忧郁（blue）”情绪，或烦躁不安。抑郁症患者常有无望和无助感，而且有个人无价值的感觉。

老年人易感觉抑郁是不足为奇的。上年纪人必须对付日益减弱的身体机能以及失去亲人这些问题，还须向死亡让步。这些因素中的任何一个因素的冲击都足以引起抑郁症。原因是，我们大部分都没有学会直接而公开地对付这些问题。事实上，年岁的增长及其有关变化可以使抑郁看来几乎是一种不可避免的行为顺应形式，尤其是所谓的反应抑郁症，因为它们最常见。

当个人企图重新获得一种平衡意识而受挫时，随着创伤和丧失，就会出现反应性抑郁症。例如：配偶或别的亲人死

亡，如果哀痛的时间比基本恢复的时间长，就容易引起反应性抑郁症。在这一时期，个人有许多问题要对付。首先，突然丧失自我，在失去配偶的情况下，要看两个人相互热爱和依赖的关系。其次，逐渐意识到自己身体的弱点，认识到生命是有限的。第三，不愿意依靠别人——子女——来满足个人的基本需求。在这种情况下，当不可能得到家庭照顾时，就同别的老人建立密切关系，进养老院，或请人照顾更方便些。这种依赖关系的突然转变，老年人是很难接受的，因为它可能会威胁或破坏他们的权威意识。这些问题都是实在的，而且在抑郁的背后，可以在某种程度上看到一种现实的企图，即个人对付威胁生活问题的企图。

二、疑病症

体弱是上了年岁的人不可避免的，但个人对体弱的顺应不同，对一些人来说，身体逐渐减弱能带来抑郁症，而对这些同样的身体失调，另些人则能成功地应付。无疑，顺应依靠各种因素。例如：一生都很健康的人，突然得了象中风这样的瘫痪病，在应付这种不习惯的障碍时他会感到一阵阵的抑郁。除了由健康到突然生病外，个人还必须学会对付对他人依赖的增加，象医生的治疗或家人的照顾。由活跃和支配事物，突然变成依赖和脆弱，这对许多人来说是难以接受的。人格协调纯粹依赖身体能力，能够保持协调的人很可能经受得住这些危机。相比之下，一些有疑病症的人可能过于关心自己的身体健康或有个好身体。那些极为关心身体健康且已形成了终身模式的人往往突然感觉身体失调，无论是真

病还是臆想的病，只要能稍微促进健康，便四处求医。如第七章讨论的，DSM-Ⅲ把疑病症划为体格障碍之一。尽管疑病症多出现在30至50岁的人中，但在老年人中也一样流行。与疑病症有关的因素是：疾病的气氛，强烈的依赖关系，心理冲突的渗透和强化。许多其他因素，如巴瑟(1954)辨认的那些，在老年人中尤为普遍。巴瑟对老年人疑病症的研究，强调它受到考验的应付功能：它可以帮助个人获得接近健康护理机构的机会，或提供一种巧妙的手段来回避不再被需要的责任。对一些老人来说，疑病症可认作为一种表达感受的积极性手段，因为这种感受太可怕而无法直接表达。随着亲人的故世，症状可以提供符号识别手段的程度也许不太明显，但却十分重要。由于威胁个人的身体健康的因素在增加，随年岁的增长，这些倾向会越来越显著。因此，在早期生活中已建立了严格的自我监视模式的人，在晚年会加剧这些行为。患疑病症的人以不同的方式对待自己的苦恼。对一些人来说，能向别人唠叨自己的小痛痒或发发脾气是一种自豪感，这些小痛痒压根儿不需治疗。一些人对付身体脆弱这个基本问题，依靠药疗，弄了成堆的药物和偏方，简直可以开个药铺了。疑病症还可以帮助维持人际关系，如当与配偶的任何真正的亲密或共享关系早已不存在时，可以唤起对方的关怀感。在这种情况下，疑病症往往是一种缓和不安全感的手段，而不是要维持健康的关系。对一些人来说，孤独和刺激枯竭可以增加对内部状态的反思和敏感。一般说，处于刺激低水平的环境中，他们可能变得越来越把自己当作关心的焦点。

在一些情况下，“被认为”有疑病症的人确实完全有担心的理由。老年人与年轻人相比，可能经受更多的医疗上的副作用，因为老年人往往同时治疗几种疾病（有时由不同的医生治疗）。尽管明智的医生企图知道他的病历，但由于同时采用几种疗法，这就可能引起不舒服或有危险的副作用。以后的疾病可能被忽视，尤其是这个人如果有慢性身体疾病史的话。因此，区别真病和癔病这个问题，在老年人中显得尤为困难。

疑病症患者常有一段很长的慢性病史和问题，随着年龄增长也可能顺应很差。即使在壮年时，他们也总感到不健康。到了老年，他们的疾病越来越多，而且对付疾病的努力可能使疾病进一步复杂化。对于疑病症患者来说，还有一种重要的社会方面（的因素）可以治疗：大多数人根本不喜欢和这些人过多的交往，因为他们不断报怨自己的病情。当子女必须面对照顾老人的问题时，他们把疑病症患者看成负担。结果疑病症患者就不能象其他被认为更愉快更好的人那样得到照顾。因此，在关心保持他们自己的脆弱的身体平衡的意识中，长期疑病症患者就逐渐疏远他最需要的那些人。

三、性机能障碍

据报导，性问题（见第十一章）在老年人中比率正在上升。一个原因是，全社会对生活周期各个阶段方面的性欲都知道的很清楚，老年人也逐渐公开讨论以前的诸如性这样的禁忌话题了。如同巴特勒和刘易斯指出的那样：“人们常常这样假定，①老年人没有性要求；②即使想，但也不与别人

做爱；③他们身体太弱，性交会伤身；④他们身体上已不再有吸引力，而在性上就不吸引人了；⑤似乎整个民族都十分可耻和堕落。”（1977，112页）。

事实上，无论老年男性或女性未必都因具体的身体疾病而失去性活动能力。尽管妇女在绝经期失去生育能力。据报道有些在晚年性要求却增大了。男人不失去性能力，精液不断地再产生。两性并不保持相同的性能力。年轻人与老年人之间的性唤醒模式不同，似乎只限于几种因素。据报道，一般说来，性活跃的老年人其性交次数减少。男人的阴茎勃起需很长时间，且维持时间很短，而妇女的阴液则减少了。然而这些因素都易得到补偿，无论如何也不能减弱双方的性快感。之所以出现老年人问题，那是由于他们拒绝性满足的机会，或者以为这么大年纪还有性活动是不适当的。因此老年人怕被邻居骂成“老淫棍”，当做笑料，并有可能感到性挫折，这也许是由于对自己婚姻中不相容的性观点所造成的。

妇女尤其容易遇到性失调问题，这有一个很简单的理由：因为她们总是比丈夫活得久，所以她们就无法继续两性活动，在不断增长的数目中，老年妇女由于缺乏性生活，开始对挫折产生反应。即使她们对自恋活动感到愧疚，许多人还是开始手淫。对老年人开明的性咨询既强调继续需要性刺激，又要强调可以以不同的方法得到性满足。

四、机能障碍的治疗

由于在相对很短的时间内，老年人可能遇到一系列有压力的事情，所以我们应准备随时为他们提供有效的心理服

务。病人的年纪对机能障碍治疗的结果并无多大影响。如：治疗抑郁症的标准方法——三环类抗抑郁症药物，单胺氧化酶抑制剂、神经松弛剂、电痉挛疗法及心理疗法（见第十章），已成功地用于治疗年轻人和老年人（贾尔森1979）。然而，对老年人使用药物治疗需精心安排。其原因有二，首先，根据年龄，使用适当剂量，一般老人的新陈代谢机能低，需低剂量（杰纳尔1979）。第二，事实上，老人还可能服用其他药物，这就增加了产生不良副作用的可能性。因此，对老人使用化学疗法治疗机能障碍需事先考察病史，治疗期间密切监督，并不断地评价。有些治疗抑郁症的新药，如：三氧化合物，其副作用明显地少一些。治疗这种障碍也有用。化学治疗可能会产生复杂的结果，这表明心理疗法应是治疗机能障碍的一个组成部分。然而，即使在这一方面，老年病人与年轻病人也无明显的不同。仔细评价，综合性治疗及系统疗程，都是任何心理障碍最基本的有效的介入手段。

尽管按病人的年龄，治疗方法无多大差别但老年人总不愿接受治疗方案。杰纳尔（1979）指出，有几种因素可能妨碍对这一年龄的人进行有效治疗的参预。老年人主要的倾向是，把他们的问题看成上了年纪或衰老，结果，觉得治疗也无用了。第二，据杰纳尔的观点，具体的障碍可能进一步妨碍获得帮助。例如：由于存在着抑郁和消极的观点，这就使病人变得难以接近。一些人可能经历的是传统的恐旷症（见第六章），而对离家去求助感到焦虑。而患疑病症的人拒绝心理会诊，以为这与他们所认为的身体问题不相干。最后，杰纳尔指出，不愿意接受治疗可能起源于继发增益因素：产生

问题的人，要么是社会上要么是地理上的孤独者，他们往往得到可能以前未得到过的大量关注。因此，老年人的治疗机能障碍，不单要使有效的介入可行，还必须注意鼓励人们利用有效的帮助。这对于纠正影响老年人的“习得的无助”是十分关键的（所罗门1982）

第六节 与中枢神经系统损伤有关的认知损伤：智力衰退问题

“智力衰退”这一术语，一般用来描述与中枢神经系统衰退有关的心理问题。可能伴有智力衰退的医学症状包括：中风、遗传疾病、创伤及肿瘤。使用药剂治疗各种病症所带来的变化也可能导致智力衰退。然而，在讨论智力衰退时，心理学家要区别造成智力衰退的直接影响（即与大脑损伤有关的）和智能测验上表示的与衰老有关的正常衰退，这一点是很重要的。

一、智力和智能

心理学家常被请去评价老人的智力。在有些情况下，之所以孩子和其他亲属很担心，是因为老人安排事务的能力正在减弱，在另一些情况下，老人的顺应行为明显减少，这决定了是否住院护理，作为治疗计划中的一种辅助手段，心理评价被用来测定衰退的严重程度。尽管在老人中有智能衰退现象，但此并非是必然的。象其他同龄人一样，存在着真正

的个体差异。此外，在某个人身上，能力在某一特定个体身上并不都是以同样的比率衰退（麦卡蒂、西格勒和洛格1982）。

波特威尼克（1977）总结了横向研究和纵向研究的结果，得出了几种一般性的不同结论。首先，许多与衰老有关的心理机能衰退，往往在50或60岁前不明显。知觉运动技能的操作，尤其是如果需要速度的话，是最先表现出的衰退之一。其次，除衰退问题之外，个体差异仍是高龄人中突出的问题。年轻时达到很高技术水平的人，在年纪增大过程中，总保持相对很高的操作能力。最后，波特威尼克得出结论：老年人中操作水平的突然改变可能预示泛化的衰退，甚至死亡。

波特威尼克和其他研究者的研究结果表明了以下几个问题。第一，某些能力上的选择衰退是年龄增长的一种正常结果。这些衰退在很大程度上与操作快慢有关，未必与总的性质衰退有关。此外，在一种著名的智商测验（威斯勒成人智力量表）上，年龄超过六十岁的人与年龄三十的人相比，他们的语词（言语和语言）技能从得分上看，在绝对水平上，只有稍微的差别（马塔拉佐1972）。

第二，人们通常认为，从智能方面来看，“年纪大的人”形成一个相对的同质群，与此看法相反，认知和智能技术上的个体差异似乎可以保持到很高的年纪。因此，普遍衰退的智能是年龄增长不可避免的结果。

另一些人通过具体的过程来考察智能的变化。例如：霍恩和卡特尔（1967）已建议区别流体智力和晶体智力。

流体智力有多种解决问题的灵活方法，是一种有效地接受新信息的能力，而且还是一种有效地评价和处理新情况的能力，晶体智力指的是把有效地运用信息看作是以前正规指导的结果。霍恩与卡特尔主张，尽管流体智力一般随年龄而衰退，但对晶体智力测验则表明，直到高龄仍能获得发展，这一研究结果可以说明，年轻人更趋于依靠解决问题的灵活方法而不是积累知识来把握许多情况，而老年人更有可能依靠已获得的，受到时间检验的知识。

专栏：在老年人中测验操作上的个体变异

大多数认知和智能心理测验都是根据年龄关系的原则打分的，这反映了作为年龄机能操作变异的方式。然而，也许年龄影响一个人的心理状态是真的；也许假定年龄对测验操作有单独的预示性是错误的。马里林·阿尔伯特、艾迪思·凯普兰及其他人最近的研究指出，需要考虑测验操作模式上的个体变异，不考虑受试者的年龄一特别当测验是为中枢神经系统损伤寻求证据为目的时。

阿尔伯特和凯普兰（1980）在一项衰老过程的研究中，对参加的200多人使用了一套简短的测验。这套测验有一部分要求受试者在看过十秒钟后，凭记忆画出几种图案。象这类评估记忆操作的测验，是临床评价中十分重要的成分。

第一个图案（图A）由两条交叉线和两对相对的方形组成。平常，这个项目是根据划分系统，对总的准确度进行评价。而阿尔伯特和凯普兰则进一步评价受试者所画的画儿的定性特征。这种评价非常重要，因为“最合适”的答案虽只有一个，但可能会出现各种各样的错误。

研究者认为，分析错误差异有助于区别图间所反映的衰老过程，以及那些对某些潜存的中枢神经系统障碍的暗示。因此他们特别感兴

趣的是与大多数受试者解决这个问题的方式相比，他们的受试者是如何解决这个问题的。通常，一个受试者先画两条交叉线，然后再加上方形。如图B中所见的，如此画图的男女两性的比率，直到74岁仍保持很高，即使得分较低的人也是如此。然而，超过这一年龄，在受试者如何画图方面，就出现了惊人的差异。在得分很高的受试者中，约有半数女性和100%的男性仍保持较年轻的受试者所使用的方法。但是，在得分低的受试者中，男女两性似乎都改变了惯用的方法，使用惯用方法的女性低于25%，男性几乎没有一个。

图C表现的例子是得分相对很高或很低的受试者所表现出的错误模式。高分者所犯的错误主要是方形的位置：三个人都正确地交叉画出两条接近90°的平分线。而低分者所画的图与标准图案相差很远，没有交叉线或者甚至没有连线。似乎他们记不住图案的形状，相反只注意一些零碎的细节。

阿尔伯特和凯普兰对这些研究结果做出了卓著的贡献。当把它们与其他测验的结果联系起来时就出现一种模式，表明画图很差的病人可能患有中枢神经系统损伤。操作性质可与非优势半球前区损伤的病人相比较。

阿尔伯特和凯普兰的研究，有几个重要的含义：第一，它强调，个人操作上的差异既是老年人的特征也是其他人的。第二，它提出一些方法，在这些方法中，显示衰老过程的测验操作可以鉴别由哪些差异，反映潜存的中枢神经变态。最后它不仅强调了在进行评价时，测验操作的定性特征的重要性而且也强调它的定量特征的重要性。考虑这些因素可以使我们较易地看到为什么心理评价要求大量的观察积累，而不仅仅包括测验的施行与评分。

二、智力衰退

在发现一种严重的，总的智能衰退时，“智力衰退”这一术语就是用来描述这种情况的。智力衰退是指包括中枢神经系统损伤在内的，由各种各样的病状中任何一种所引起的，智能的明显减退。

按照DSM-Ⅲ，智力衰退是一种器质性大脑症状，包括导致日常机能严重破坏的智能丧失。这样就规定了智力衰退并非与生活周期中某一特定阶段有关，因为，在发展的各个阶段，许多因素都有可能破坏智能。然而，因为智力衰退指丧失已“获得的”智力，所以它通常在成年期以前诊断不出，且常与中枢神经系统损伤有联系。智力衰退的症状在老年人中很普遍，对老年人进行智力衰退的鉴别诊断也就更加困难。传统上认为，智力衰退与后半生有关，而且往往与“衰老”一词当同义词使用，从词上并不能辨别。衰老表明一种能力上的不可逆转的衰颓，而智力衰退却不是如此。

对于诊断智力衰退来说，DSM-Ⅲ要求，要有三种心理缺陷：智能明显地减弱，记忆缺失，以及至少有一些高层次认知机能损伤的证据，如：言语和语言，判断能力，或抽象思维。大脑和神经系统损伤几乎总是导致这些区域中至少一个区域有缺陷的原因。尽管在觉察时，组织损伤的程度已造成了必然的后果，但这些影响未必是永久性的。在老年人中，与智力衰退有关的情况，一般至少有三种：神经系统的退化疾病，血管病（破坏大脑供血），和物质引起的症状。

最常见的退化病，阿耳茨海默氏病和匹氏病最初典型地

在中年到中年晚期诊断出，并且往往通称为早老性智力衰退。现在的实践是为了缩小发病的年龄差别，不是集中注意早发或晚发的退化情况，这些是没有明显区别的过程。无论发病的年龄有多大，这些退化情况在发病的五、六年内常常是很严重的，并且伴有发展性的，不可逆转的智力衰退。

与血管病有关的智力衰退可能，也许不可能证明是不可逆转性的，在很大的程度上，要看障碍的严重程度。除了更严重和引起衰弱的血管病外（如：中风），老年人（以及其容易患血管病的人）可能有轻度的脑供血破坏，这可能伴有智力衰退的暂时症状。心理测验很少能够精确地评价这些症状，而且到病人受测验时，这些症状往往已经消散了。据说在某些情况下，由于轻度的血管破坏明显地减弱了判断能力，一些人会做出冲动性的决定——如：把家庭住房按低于市场价格出售，只有当再测验时，才能发现并未减弱。

DSM-Ⅲ中描述了一种器质性智力障碍，使用“多梗塞性智力衰退”这一术语表明。多梗塞性智力衰退是这样一种病情：在此情况中有间歇性的神经和心理现象表明大脑输血减少了。当给一些特别区域供血的血管受阻或破裂时，常常出现这种输血减少现象。长期患高血压和血管壁弱化能引起破

三、终极跌落

终极跌落描述的是：一种预示临近死亡的认知功能上的突然衰退。克利梅尔（1961）的一项早期研究发现，智商测验操作的迅速衰退，与临近死亡有关系。以后的调查也趋于支持这些早期的研究结果，虽然这种关系并不是绝对的。对这些研究结果可能有几种解释。也许，影响包括认知技能在内的许多方面的衰退泛化期加速了许多老年人的死亡。也许，认知测验操作上的衰退反映了中枢神经系统组织上的相对孤立的退化，而测验操作主要依赖中枢神经系统。人们也知道一些上年纪的人把他们自己从环境中“摆脱出来”。他们对交往，包括测验，表现冷漠与索然无味。在测验中受试者与测验者能否和睦相处是至关重要的。在任何情况下，在死亡和认知技能之间建立一种预兆性的关系显然是十分重要的。

四、智力衰退的治疗

人们常常假定，出现中枢神经系统损伤可以排除对智力衰退的治疗介入。然而，理查兹与索普（1978）最近对行为疗法的评论得出这样的结论：系统地运用学习理论的原则很有前途。至今，对恢复老年人严重的智力缺陷，还没有设计出多少系统的治疗方案。然而，一些有效的数据表明某些认知技能可以得到补救。例如，扎里特和里弗尔（1982）报导了对智力衰退的老年人进行记忆训练所取得的有限的成功。然而，他们发现，很难把对日常情景训练的结果泛化。根据

我们的经验，是否可以在恢复环境中有效地治疗老年人取决于以下几点：（1）制定清楚的有意义的目标；（2）帮助恢复已获得的技能，而不是教新技能（这个过程可能包括，训练使用有用的方法来补偿后天的能力缺陷）；（3）治疗人员逐步尽可能地和家庭成员配合，共同参加治疗。

本 章 要 点

1. 研究者直到最近才注意到成年人和高龄人在发展阶段上的区别。

2. 整个成年期，大部分身体能力慢慢衰退。虽然智力的某些方面保持稳定，或者甚至稍微有所提高，但那些依靠视觉运动能力及加工新材料的能力却有下降的趋势。

3. 一些具体的研究结果仍然在很大程度上不能证实中年生活危机的看法。但是，对许多成年人来说，象青春期出现的一样，生活方式和态度的转变是最根本的。

4. 在成年晚期，心理健康的一般迹象有：①与作为知己的朋友接近，②与所喜欢的同胞兄弟姐妹接近；③美满的婚姻；④职业上有能力；⑤愉快的童年；⑥子女取得的成就。

5. 虽然婚姻能促进相互关系，但近一半的第一次婚姻可能有离婚的趋势。几种人格障碍（见第十三章），尤其是做作人格障碍，自恋人格障碍和被动－侵犯人格障碍，往往导致离婚。婚姻疗法试图澄清不正当的交际，排除关系中的消极模式。

6. 老年人的经历可能含有短时期内受到的大量压力。这些压力可能会加重老年人处事技能的负担。